

〈お名前〉

〈性別〉

男性・女性・答えない

〈お住まい〉

〈生年月日〉 大正・昭和・平成 年 月 日 (ご年齢 歳)

〈勤務先〉

〈記載例〉

健康づくりメニューに取り組んだ日付を記載してください。

20▲▲年 ▲月 ●日

大腸がん検診

お住まいの市町村にてスタンプを押印します。

あなたが取り組んだ健康づくりメニューを記載してください。

ポイントの貯め方

市町村が指定する健康づくりメニュー(各種健診(検診)受診等)やスポーツイベント等に取り組んでいただくことで、ポイントが付与されます。右欄に取り組んだ健康づくりメニュー、日付を記載してください。なお、ポイント付与の対象となる健康づくりメニューや対象年齢は市町村によって異なります。

詳しくは、お住まいの市町村にお問い合わせください。

健康づくりメニュー	獲得ポイント
各種健診(検診)の受診	健診(検診)ポイントは必ず1ポイント以上獲得してください。
その他上記項目以外で市町村が独自に設定するもの	1回の取り組みにつき1ポイント ※市町村により異なります。

ポイント事業に関するアンケート

し点で回答してください

Q1 参加年数を教えてください。
 初めて 2年目 3年目 4年目以上

Q2 ポイント事業により、健診(検診)を受診しようと思いましたが。
 はい いいえ 毎年受診している

Q3 ポイント事業により、生活習慣に変化がありましたか。(複数回答可)
 運動習慣がついた
 食習慣が改善した 禁煙が達成できた
 血圧・体重・体脂肪をチェックするようになった
 その他()
 特に変わっていない

Q4 ポイント事業により、成果がありましたか。(複数回答可)
 体重が減った 体脂肪が減った
 腹囲が減った 血圧が下がった
 健診結果(血液検査などの数値)が改善した
 1日の運動量(歩数など)が増えた
 その他()
 特になかった

Q5 来年もポイント事業に参加したいですか。
 はい いいえ

Q6 ポイント事業を何で知りましたか。
 広報誌 チラシ 新聞 ホームページ
 その他()

参加回数

回目

※今年度、2回目以上チャレンジしている方は回数を記載してください。

1

ポイント

年 月 日

Stamp

2

ポイント

年 月 日

Stamp

3

ポイント

年 月 日

Stamp

4

ポイント

年 月 日

Stamp

5

ポイント

年 月 日

Stamp

6

ポイント

年 月 日

Stamp

7

ポイント

年 月 日

Stamp

8

ポイント

年 月 日

Stamp

9

ポイント

年 月 日

Stamp

10

ポイント

年 月 日

Stamp