

〈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

☒ レ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