

〈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