

岐阜県健康・スポーツポイント 健康チャレンジシート

| 内容                                      | スタンプ |
|-----------------------------------------|------|
| <b>健診</b><br>(特定 すこやか 20・30代 基本)<br>受診日 |      |
| <b>肝炎ウイルス検診</b><br>受診日                  |      |
| <b>大腸がん検診</b><br>受診日                    |      |
| <b>前立腺がん検診</b><br>受診日                   |      |
| <b>乳がん検診</b><br>受診日                     |      |
| <b>子宮がん検診</b><br>受診日                    |      |
| <b>骨密度測定</b><br>受診日                     |      |
| <b>肺がん検診</b><br>受診日                     |      |
| <b>胃がん検診</b><br>受診日                     |      |
| <b>歯科健診</b><br>(成人 妊婦 さわやか)<br>受診日      |      |

健(検)診でのポイント

1枚目は健診でのポイントが必須です。  
(1ポイント)

※合計6ポイントで景品応募ハガキと  
健康・スポーツカードと交換できます。

お問い合わせ

関ヶ原町 健康増進センター（やすらぎ）

☎ 43-3201

| 内容  | スタンプ |
|-----|------|
| 日にち |      |
| 日にち |      |
| 日にち |      |
| 日にち |      |
| 日にち |      |
| 日にち |      |

健康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。<br><input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2年目 <input type="checkbox"/> 3年目 <input type="checkbox"/> 4年目以上                                                                                                                                                                                            |
| Q2                  | 健康ポイント事業により、健(検)診を受けようと思いましたが<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 毎年受診している                                                                                                                                                                                                       |
| Q3<br>複数<br>回答<br>可 | 健康ポイント事業により、生活習慣に変化がありましたか<br><input type="checkbox"/> 運動習慣がついた <input type="checkbox"/> 食習慣が改善した <input type="checkbox"/> 禁煙が達成できた<br><input type="checkbox"/> 血圧・体重・体脂肪をチェックするようになった<br><input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特になかった                                                                         |
| Q4<br>複数<br>回答<br>可 | 健康ポイント事業により、成果があったことはありましたか<br><input type="checkbox"/> 体重が減った <input type="checkbox"/> 体脂肪が減った <input type="checkbox"/> 腹囲が減った<br><input type="checkbox"/> 血圧が下がった <input type="checkbox"/> 健診結果(血液検査などの数値)が改善した<br><input type="checkbox"/> 1日の運動量(歩数など)が増えた<br><input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特になかった |
| Q5                  | 来年も健康ポイント事業に参加したいですか<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Q6                  | ポイント事業を何で知りましたか<br><input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> ホームページ<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                       |

お名前

( )歳 男 ・ 女

住 所