

〈お名前〉 \_\_\_\_\_ (性別) 男性・女性・答えたくない

〈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〉

20▲▲年 ■月 ●日

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。

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)に取り組んでいただくことで、ポイントが付与されます。以下のチャレンジシート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各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	必ず健診(検診)ポイントは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  
 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、成果あったことがありましたか。(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