減る脂―プログラム問診票

北海道農業団体健康保険組合

記号番号	氏名	性別	健保加入	生年月日	年齢	独・既婚別
―		男・女	本人・家族	S　　年　　月　　日	歳	独身　既婚

1．現在の身長・体重は…

身長　（　　）cm

体重　（　　）kg

やせたい　　太りたい　　ちょうどよい

2．貴方のライフスタイルで当てはまる項目の（　）に○をつけてください

（　　）①朝食を食べている

（　　）②1日平均7～8時間は眠っている

（　　）③栄養バランスを考えて食事している

（　　）④タバコは吸わない

（　　）⑤運動や定期的なスポーツをしている

（　　）⑥毎日そんなに多量のお酒は飲まない

また、週１日以上は飲まない日がある

（　　）⑦実労働時間は、１日９時間以内に留めている、又は専業主婦である

（　　）⑧自覚的なストレスはそんなに多くない

3．次回の健診までの目標にしようと思う項目に○をつけてください。複数回答可

（　　）コレステロール値の改善

（　　）中性脂肪値の改善

（　　）ダイエット　　→　次回の健診までの目標体重は…（　　）kg

4．行動改善に取り組んでみようと思う項目に○をつけてください。複数回答可

（　　）食生活の改善　（具体的内容　　）

（　　）節酒　　→　目標飲酒量　何を（　　）どの位（　　）

（　　）間食・飲み物（缶コーヒー等）を減らす（具体的内容　　）

（　　）運動　　（具体的内容　　）

（　　）その他　（　　）

5．文書の宛先として希望するものに○をつけて、〔　　〕に住所やアドレスを書いてください。

（　　）事業所

（　　）自宅など　〔〒　　〕

（　　）Ｅメール（パソコンのみ）〔　　〕