

(様式第1号)

美郷町セルフケア推進者 認定申請書

平成 年 月 日

美郷町長 松田知己様

住所 美郷町

(会社名)

氏名

(生年月日)

私は、健康増進に取り組んでいますので、「美郷町セルフケア推進者」に認定
いただきたく申請します。

認定のため提出したチェックシートに記載した事項については間違いありま
せん。

また、検診等の実施状況を確認するため、美郷町福祉保健課が所管する健康
台帳から、情報を取得することを承諾します。

美郷町セルフケア推進者 認定チェックシート

健診等の受診状況を確認します。			
①健診	平成26年4月1日以降人間ドックまたは、職場での健康診断を受けましたか。	はい	いいえ

検診の受診状況を確認します。(申請年度中2つ以上受診していること。)			
②検診 (平成26年4月1日以降)	胃がん検診を受けました。	はい	いいえ
	大腸がん検診を受けました。	はい	いいえ
	肺がん検診を受けました。	はい	いいえ
	乳がん検診を受けました。(女性)	はい	いいえ
	子宮頸がん検診を受けました。(女性)	はい	いいえ
	前立腺がん検診を受けました。(男性)	はい	いいえ
	肝炎の検査を受けました。	はい	いいえ
	骨粗しょう症検診を受けました。	はい	いいえ
	歯周病検診を受けました。	はい	いいえ

◆ 毎日の健康づくりの意識度について教えてください。(概ね、過去3か月程度を申告下さい。)

③運動	1日(歩)または(キロ)以上を目標に歩いています。	はい	いいえ
	ストレッチ・水泳など軽スポーツをほぼ毎日30分以上行っています。	はい	いいえ
	運動クラブで週2回以上運動(練習)しています。	はい	いいえ
	()を個人で目標をもって取り組んでいます。	はい	いいえ
④食事	1日3食、決まった時間に食べています。	はい	いいえ
	食物繊維の多い野菜を心がけて食べています。	はい	いいえ
	ゆっくり良く噛んで食べ、早食いはしていません。	はい	いいえ
⑤歯磨き	毎食後、歯を磨いています。	はい	いいえ
⑥計測	毎日体重を測っています。	はい	いいえ

◆ 認定の要件

- A ①が「はい」の方は、認定します。
 B ①が「いいえ」の方で、②のがん検診を2つ以上受診されている方は認定します。
 C ①、②に該当しない方は、③以下の問いに3つ以上「はい」であれば認定します。

* 質問への回答は自己申告となっておりますが、健診等受診歴については、町で確認します。
 職場や医療機関で健診(検診)なされた方は、結果表をご持参下さい。
 質問の内容に該当する方を○で囲って下さい。

美郷町セルフケア推進者 認定チェックシート

健診等の受診状況を確認します。			
①健診	平成26年4月1日以降に、健康診断(人間ドック)を受けました。	はい	いいえ
②健診	平成26年度に特定健診(町、職場、医療機関)を受診しました。	はい	いいえ

検診の受診状況を確認します。(申請年度中2つ以上受診していること。))			
③検診 (平成26年4月1日以降)	胃がん検診を受けました。	はい	いいえ
	大腸がん検診を受けました。	はい	いいえ
	肺がん検診を受けました。	はい	いいえ
	乳がん検診を受けました。(女性)	はい	いいえ
	子宮頸がん検診を受けました。(女性)	はい	いいえ
	前立腺がん検診を受けました。(男性)	はい	いいえ
	骨粗しょう症検診を受けました。	はい	いいえ
	肝炎の検査を受けました。	はい	いいえ
	歯周病検診を受けました。	はい	いいえ

◆ 認定の要件

- A ①が「はい」の方は、認定します。
- B ②の特定健診を受けた方であって、③のがん検診を2部位以上受けている方は認定します。

* 質問への回答は自己申告となっていますが、健診等受診歴については、町で確認します。
医療機関等で受診された方は、健診結果表をご持参下さい。
質問の内容に該当する方を○で囲って下さい。