C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE12\Lines\BD14997_.gif

**令和６年度　生活習慣改善モニター　応募申請書**

C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE12\Lines\BD14997_.gif

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　 　月　　　日 | | 希望する  実施期間  **右欄に〇をつけてください。**  **➡** |  | Ａ期 | 8～10月 |
|  | Ｂ期 | 9～11月 |
|  | Ｃ期 | 10～12月 |
| 申請者  住　所 | 〒  新潟市 | |  | Ｄ期 | 11～ 1月 |
|  | Ｅ期 | 12～ 2月 |
|  | Ｆ期 | １～ 3月 |
| 希望する  スポーツ  施設　➡ |  | アクシーひがし | |
|  | アクシーユタカ | |
|  | JOYFIT新潟東区役所 | |
| 申請者  氏 名 |  | | 生年月日（年齢）  　　　　　年 　　　月 　　　日生  （　　　　　）歳 | | | |
| 健康診査  実 施 日 | 年　 　月　　日  （申込日の過去１年以内の受診であること） | | 自宅番号 | －　　　　－ | | |
| 携　帯 | －　　　　― | | |
| 健診受診  医療機関 |  | | Ｅｰﾒｰﾙ |  | | |
| **―　健診の種類☑をつける　－**  　□新潟市国保の特定健康診査  　□職場の健康診査または人間ドック  　□その他【　　　　　　　　　　　】 | | **―　必須検査項目　―**  ☐身　長　　☐体　重　　☐腹　囲  ☐肥満度又はBMI　☐血圧（収縮期 / 拡張期）  □血糖値（いずれか１つ）  　空腹時血糖，随時血糖，HｂA1ｃ  □脂　質（どちらか１つ）  中性脂肪，HDLコレステロール（善玉） | | | | |
| ―　「喫煙」についてお答えください　―  あてはまる方に〇をつけてください。  現在、たばこを習慣的に吸っていますか。➔　　　はい　　・　　いいえ  ※習慣的とは、合計１００本以上，又は６カ月以上吸っており、最近１カ月間吸っていること | | | | | | |

* ご提出いただく「特定健康診査結果」又は職場や人間ドック等の「健康診断結果」に上記の

きりとりせん

「必須検査項目」が記載されていることをご確認ください。

* お申込み前に、裏面の留意事項をお読みください。

　＜応募における留意事項＞

　下記の項目について同意が必要です。

各事項をお読みになり、☑をお願いいたします。

□　3か月間の運動プログラムを意欲的に、週1回以上実施すること

□　運動プログラムを実施する施設に、申請情報を提供すること

□　運動プログラムの実施においては、施設の利用規約を守ること

□　やむなく運動を中止する場合は、速やかに辞退届を提出すること

□　医師から運動制限を受けていないこと

□　令和７年度、令和８年度の健康診断結果を東区役所へ提供すること

　　※新潟市国民健康保険に加入の場合は不要ですが、健診結果のデータを

事業評価のため、活用させていただきます

* すでに、スポーツ施設やスポーツクラブに入会していないこと、過去に実施施設の

会員でなかったこと

* 過去に「生活習慣改善モニター」として実施したことがないこと

私は、上記について同意し応募いたします。

署名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　以下、記入不要

東区健康福祉課記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 審　査　結　果 |
| 健 診 結 果 | ☐ BMI又は腹囲　☐ ﾒﾀﾎﾞ予備群　☐ ﾒﾀﾎﾞ該当者　☐ 積極的　☐ 動機づけ |
| モニターの可否 | ☐ 決定　 ☐ 審査により非対象 |
| 結 果 通 知 | 年　　　月　　　日　　　　発送 |
| 実 施 時 期 | Ａ　　　Ｂ　　　Ｃ　　　Ｄ　　　Ｅ　　　Ｆ |