

必要事項を記入しましょう。

年月日	取組内容	ポイント
	【必須】 健康診断を受ける 町健康福祉課へ健診結果を提出する	10
	がん検診を受ける又は受けた検診に○をしてください 【胃(バリウム・カメラ)・大腸・前立腺・肺(CT・レントゲン)・子宮・乳房(マンモ・超音波)】	
	BMI・体脂肪・筋肉量・LDL・HbA1c・血圧の いずれかの数値について、自主的に設定した 目標を3か月以内に達成する	
	歯科検診(歯周病検診)	
	尿中推定塩分摂取量検査	
【記入例】 R6. 4. 1	〇〇健康教室	1
	合計ポイント数	

確認印

令和7年度 はつらつ健康スタンプカード

健康保険	国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ その他
名前	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	池田町大字 (地区名)
電話	
令和7年度の健康診断の受診（該当するものに○をする） ・町の健診（集団・個別） ・職場健診 ・人間ドック ・医療機関での健診	

15ポイント以上集まったら、商品券（1,000円）と交換しましょう。
ポイントと当初に立てた目標の達成状況を確認しますので、スタンプカードに
必要事項をご記入のうえ、お持ちください。

【交換期間】 令和7年9月1日（月）～ 令和8年1月30日（金）

【交換場所】 池田町健康福祉課 窓口
(総合福祉センター やすらぎの郷 内)

【お問い合わせ先】 池田町健康福祉課 健康増進係
電話 0261-61-5000（平日8:30～17:15）

私の目標

該当する番号に○をしましょう。（以下に、該当するものがない場合は、数値で確認できる目標を記入してください。）

番号	目 標	最初の数値	最終の数値	達成度
1	体脂肪を減らす			達成・未達成
2	筋肉量を増やす			達成・未達成
3	体重を減らす			達成・未達成
4	血圧を下げる			達成・未達成
5	血液データ（血糖値・HbA1c・LDLコレステロール・中性脂肪等の数値）を改善する			達成・未達成
6	尿中塩分量を減らす			達成・未達成
				達成・未達成
				達成・未達成