チャレンジ報告エントリーシート

ニックネーム		年　齢	歳
職　業		性　別	男性　・　女性

健康診断でメタボと診断された経験：　なし　　ある（　メタボ予備群　・　メタボ　）

特定健診での結果：□ 情報提供のみ（受診者全員）

□ 動機付け支援（初回面談指導と 6 カ月後評価）

□ 積極的支援（3 カ月以上の保健指導と 6 カ月後評価）

健康状態（該当するものにチェックを入れてください）

□ 肥満ぎみ　　□ 腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上

□ 血糖値が高め　　□ 血圧が高め

□ 中性脂肪が高め　　□ HDL コレステロール値が低め

□ 尿酸値が高め　　□ コレステロール値が高め

□ 脂肪肝　　□ 歯周病

□ その他（　　）

■プレゼント発送の連絡先（プレゼントを希望されない場合は、記入不要です。）

氏　名（受取人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所：〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：　　（　　）　　FAX：　　（　　）

【以下をご留意のうえ、ご応募ください】

■ご応募いただきました際にお預かりする個人情報は、厳重に管理いたしますとともに、プレゼント発送の用途のみに使用いたします。

■応募された体験談・ご記入カレンダーのなかから、当委員会の判断により、ホームページ等でご紹介させていただくことがございます。その際は、ご記入いただいたニックネームを使用するなど、個人を特定しない形に編集し、掲載いたします。

■個人情報、特定の製品名、製品が特定できるような表現などは、原則として掲載できません。

■ご応募いただいたデータは原則的に返却いたしません。また、著作権はメタボリックシンドローム撲滅委員会に帰属するものといたします。