

**無料です**

**あなたの健康を  
電話でサポート  
させていただきます！**

〒 000-0000

〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号  
〇〇マンション

対象者氏名 様

通番

こんなお悩みありませんか…？

気になることが  
あるけど、  
お医者さんに聞いて  
いいかわからない…



体重が減らない  
(増えない) ので、  
食事や運動のアドバ  
イスをしてほしい

**保健師から  
アドバイスが  
受けられます！！**

当組合では、一般的に健康面でのリスクの高まる年齢を迎える方が  
引き続き健康状態を維持できることを目的に、

**電話による健康アドバイスを実施**しています。普段の生活や健康状態を  
アンケートで伺い、それをもとに後日、委託先の保健師からお電話を差し上げます。  
つきましては、別紙の「生活習慣と健康状態に関するアンケート」に  
必要事項をご記入のうえ、同封の返信用封筒にて

**8月28日（金）までに投函をお願いします！**



## アンケート

※電話番号欄は必ずご記入ください

- 対 象：被保険者および被扶養者で64～65歳の方。
- 返信方法：同封の封筒でご返信ください。



## 電話健康アドバイス

- 対 象：上記締め切りまでにアンケートを返信していただいた方。
- 電話予定：9月中旬以降、アンケートにご記入頂いた電話連絡先にご連絡します。



**電話詐欺に注意**

発信元は「**株法研 健康管理センター**」です  
(TEL:070-3327-4401～4420からお電話します)

※委託先

**株法研**

※このご案内は捨てずに保管してください。皆様の個人情報はこのサービスの目的以外では使用しません。



**発行元・お問合せ先**

### 日油健康保険組合

〒150-6012 東京都渋谷区恵比寿4-20-3  
恵比寿ガーデンプレイスタワー  
TEL：03-5424-6646

アンケートの内容はこちらとなります。(回答は返信用紙にご記入ください。)

| No | 質 問                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------|
| 1  | 食事は朝・昼・夕の三食摂れていますか？                                             |
| 2  | 食事は腹八分目・七分目でやめられますか？                                            |
| 3  | 副菜（野菜・きのこ・いも・海藻料理）を食べる頻度はどのくらいですか？<br>ほぼ毎回食べるタイミングはいつですか？       |
| 4  | 揚げ物料理を食べる頻度は、どのくらいですか？                                          |
| 5  | 甘い食べ物（お菓子、菓子パン）や甘い飲み物を食べる量や頻度はどのくらいですか？                         |
| 6  | お酒を飲む頻度や量はどのくらいですか？                                             |
| 7  | タバコを吸っていますか？                                                    |
| 8  | 買い物・散歩、通勤・仕事で定期的に歩きますか？<br>歩く以外で定期的の実施している運動はありますか？             |
| 9  | 日頃から健康のために測定しているものはありますか？                                       |
| 10 | 1年に1回、健康診断（人間ドックを含む）を受けていますか？                                   |
| 11 | がん検診で受けているものは何ですか？                                              |
| 12 | 予防接種で受けているものは何ですか？                                              |
| 13 | 治療や通院を途中でやめた病気はありますか？                                           |
| 14 | 現在、通院中の病気はありますか？                                                |
| 15 | 食生活や運動に関して、主治医から気をつけるよう指示されている事がありますか？<br>また、それを続けていますか？        |
| 16 | 現在、薬を処方されていますか？<br>また、指示通りに飲めていますか？                             |
| 17 | 処方されている薬はジェネリック医薬品（後発医薬品）ですか？<br>また、ジェネリック医薬品への変更を希望したことはありますか？ |
| 18 | 健康について気になることはありますか？                                             |

