メール：AD0003@pref.iwate.jp　FAX：019-629-5474

**岩手県脳卒中予防県民会議**

**＜脳卒中予防に係る取組状況報告シート＞**

　　　　年　　　月　　　日

１．基本情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体・事業所名 |  | | 従業員等の人数 | | 人 |
| 住　　所 | 〒 | | | | |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  | | | | |
| 連絡担当部署 |  | 担当者職氏名 | |  | |
| 電話 |  | FAX | |  | |
| E-mail |  | | | | |

２．貴団体・事業所で実施している脳卒中予防や健康づくりの取組に〇をつけてください。（複数可）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 脳卒中予防や健康づくりについての講演会や研修会等を行う |
|  | 社員食堂メニューや弁当への栄養成分表示、ヘルシーメニュー提供、調理実習等望ましい食習慣に関する環境をつくる |
|  | ラジオ体操やレクレーション等、定期的に身体を動かす機会をつくる |
|  | 禁煙マラソンや禁煙外来への勧め、社内禁煙・分煙等の受動喫煙対策を行う |
|  | メンタルに関する相談ができる環境をつくる |
|  | 社内に次の機器を設置している（体重計、血圧計、体組成計） |

３．上記２の取組の詳細、及びそれの以外の取組がある場合は以下に記載してください

＜令和４年度の取組状況＞

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 取組内容（実施時期） |
| 1.食生活改善事業 |  |
| 2.健康運動事業 |  |
| 3.禁煙・受動喫煙防止 |  |
| 4.その他 |  |

＜令和５年度の取組予定＞

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 取組内容（実施時期） |
| 1.食生活改善事業 |  |
| 2.健康運動事業 |  |
| 3.禁煙・受動喫煙防止 |  |
| 4.その他 |  |

４．団体・事業所における取組のアピールポイントについて（自由記載）

|  |
| --- |
|  |

※公表可能な写真等ありましたら添付願います。

【公表可否】　　可　・　不可　　←いずれかに○

※上記の太枠の内容を岩手県ホームページ等の各種媒体に掲載させていただきます。掲載を希望しない場合は、「不可」を選択してください。