体重測定表

No.

提出日
月　　日

行動目標

1.
2.
3.

お名前　　様	事業所名

月　　日までに目標とする	
腹囲　　cm	体重　　kg

月　　日の
腹囲

（　　月）

測定日																																
曜日																																
(kg) 体重																																
体重																																
血圧 (mmHg)																																
1.																																
2.																																
3.																																
その他 （　　）																																
メモ																																

☆感想を一言お願いします☆

全国健康保険協会 京都支部　保健グループ
協会けんぽ
連絡先 TEL:075－256－8635／075－275－3985
FAX：075－256－8670