

# 福岡市民で 血糖値が気になる方へおすすめ

## 「血糖改善サポート」(対象：HbA1cが6.0%以上の方)

糖尿病教室受講後1年間、生活習慣改善にむけて定期的な電話等でサポートをします。

### (1) 「1日糖尿病教室」または「気軽に糖尿病教室」を受講(要予約)

教室受講料 1,000円

#### 「1日糖尿病教室」

##### [内容]

糖尿病専門医からの基本的な話  
食事療法の話とヘルシーランチ試食  
運動療法の話と筋トレ等体験  
今後の目標たて

[日時] 10:00~16:00 (土曜日)

平成29年

4月 8日 5月13日 6月17日

7月15日 8月19日 9月16日

10月21日 11月18日 12月16日

平成30年

1月20日 2月17日 3月17日

#### 「気軽に糖尿病教室」

##### [内容]

糖尿病専門医からの基本的な話  
食事療法の話と弁当試食  
食事の選び方体験学習  
今後の目標たて

[日時] 10:00~13:30

平成29年

3月3日(金) 5月24日(水)

9月7日(木)

平成30年 3月8日(木)

- ・教室受講の都合がつかない場合はご連絡ください
- ・教室日時は変更になることがあります

### (2) 定期的な電話等でサポートを無料で受ける

- 糖尿病専門医、保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士が定期的な電話等で、一人ひとりにあった内容で血糖値の改善に向けサポートします。HbA1cの検査値や体重などについて電話等でおたずねしますので、お知らせください。
- 糖尿病のかかりつけ医がある場合は、連携をとりながらサポートをします。
- 半年後、1年後に改善状況をチェックするためのアンケートをお送りしますので、回答をお願いします。
- 「健康づくりサポート通信」を半年間、毎月ご自宅へお送りします。

HbA1cの変化  
(平成26~28年にサポートを  
終了した194人の平均)

7.3% → 6.9%  
(サポート開始時) (1年後)



### 「健康づくりサポート通信」

無料

⇒裏面で目標をたててください

半年間、毎月ご自宅へ生活習慣改善のヒントや健康づくりに関する情報をお送りします。

- 半年後に改善状況をチェックするアンケートをお送りしますので、回答をお願いします。



地下鉄:「赤坂駅」3番出口より徒歩約4分  
西鉄バス:「法務局前」より徒歩約3分  
「長浜2丁目」より徒歩約1分

#### 福岡市健康づくりサポートセンター

福岡市中央区舞鶴2丁目5番1号 あいれふ4階  
(代表)☎092-751-7778 (予約)☎092-751-2806

あいれふ

検索

<http://www.kenkou-support.jp>



「健康づくりサポート通信」を  
お申込みの方のみ、ご記入  
ください

# 目標たてシート

名前

これから取りくんでみたい目標に○をつけてください。  
1～19番の中より、3つ程度選び、左端の目標番号を  
申込み用紙の※印の欄にご記入ください。

番号	○	目標内容	
1		ストレッチ体操などをする	
2		今より1,000歩（プラス10分）多く歩く	
3		できるだけ階段を使う	
4		スクワット、腹筋運動などの筋力トレーニングをする	
5		仕事や家事で、こまめに体を動かす	
6		食事はゆっくりとよくかんで、早食い・ながら食いをしない	
7		食事は腹八分目にする 満腹になるまで食べない	
8		食事にリズムを 夜食べ過ぎないで、朝しっかり食べる	
9		揚げ物や脂の多い肉を避け、低カロリーの食事にする	
10		野菜・海藻・きのこ類を毎食とる 野菜料理をもう一品増やす 野菜から先に食べる	
11		塩分の多い、漬物や麺の汁などはひかえる レモンや香辛料などをうまく使う	
12		菓子は回数と量を決め、食べ過ぎない 食べたなら記録する	
13		糖分入りのジュース・缶コーヒーなどを茶や水にする	
14		酒は適量を守り、休肝日をつくる 晩酌は早く切りあげる	
15		酒のつまみには低カロリーの野菜・豆腐料理などを選ぶ	
16		禁煙する	
17		睡眠で休養がとれるようにする だらだらせず早めに就寝する	
18		上手にストレス発散して、気分をリフレッシュする（趣味・スポーツなど）	
19		体重を測る（朝起きてトイレの後など、時間を決めて測る） 記録をする	

番号1～19以外で自分なりの目標をたてる場合は、下にご記入ください。

目標「	」
目標「	」

# 申込み用紙



健康づくりサポートセンター 行  
FAX:092-751-2572

## □「血糖改善サポート」申込み

糖尿病教室(1,000円 食事つき)の希望日をご記入ください。  
(希望日まで7日以内の場合はお電話でお申込みください)

第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日

## □「健康づくりサポート通信」申込み

現在の状況についてあてはまるものに○を付けてください(複数回答可)

- ①糖尿病である ②境界型といわれたことがある  
③血糖値またはHbA1cが高めである ④家族が糖尿病である  
⑤その他→51:血圧が高い 52:コレステロール値または中性脂肪値が高い  
53:腹囲が大きいまたは肥満といわれた 57:体重が徐々に増加  
58:生活習慣病の予防または勉強 59:糖尿病の予防または勉強

※目標たてシート左端の番号をご記入ください

(ふりがな)		生年月日	性別
名前		昭和・平成 (満 歳) 年 月 日	男 女
自宅住所	〒 ー 福岡市 ( 東・博多・中央・南・城南・早良・西 ) 区		
自宅電話番号	ー ー	携帯電話	ー ー
FAX	ー ー		

ご紹介の場合はご記入ください

保健福祉センターからのご紹介 (東・博多・中央・南・城南・早良・西)区

医療機関からのご紹介

医療機関名

電話番号 ー ー

医師氏名