

医師会特定保健指導相談室個別・グループ支援

■ ご利用について ■

① 『個別支援』・『グループ支援』 どちらかお選びください。

《個別支援について》

- * 月曜日～金曜日(平日)の9:30～16:00。1回20分以上を予定しております。
- * 支援方法を医師会館での対面又はZoomからお選びいただけます。
- * 会場は特定保健指導相談室(医師会館1階)になります。
- * 上記の会場以外での個別支援をご希望の場合は、健診結果説明時に配付された「令和4年度葛飾区特定保健指導のご案内」に掲載の「葛飾区特定保健指導実施医療機関名簿」をご参照のうえ直接医療機関にお申し込みください。

《グループ支援について》

- * 日時や会場などの詳細は裏面の『グループ支援日程表』をご確認ください。
- * 90分から120分を予定しております。

■ グループ支援の会場と所在地

- ・金町地区センター：東金町1-22-1
- ・堀切地区センター：堀切3-8-5
- ・亀有地区センター：亀有3-26-1リリオ館7階
- ・奥戸総合スポーツセンター：奥戸7-17-1
- ・高砂地区センター：高砂3-1-39
- ・水元総合スポーツセンター：水元1-23-1
- ・新小岩地域活動センター（にこわ新小岩）：西新小岩4-33-2

② 電話・FAX・医師会ホームページのいずれかでお申し込みください。

※FAXでのお申し込みは、裏面をご記入のうえ、FAX 番号(03-3691-1972)まで送信してください。

■ お申し込み・お問い合わせ先 ■

[電話] 03-3691-1971 ※平日 9:00～17:00

[FAX] 03-3691-1972 ※裏面をご使用ください。

[医師会ホームページ予約フォーム]

http://www.katsushika-med.or.jp/soudanshitsu/shido_contact.html

※予約フォームに入力し、送信してください。



【医師会特定保健指導相談室】葛飾区立石 5-15-12

・両面に記載されている Zoom は、Zoom Video Communications, inc. の商標または登録商標です。

医師会特定保健指導相談室個別・グループ支援のお申し込み

- ・電話でお申し込みの場合 … 電話:03-3691-1971 受付時間:平日 9:00~17:00
- ・FAXでお申し込みの場合 … 下記にご記入のうえ、このまま送信(FAX:03-3691-1972)してください。

○個別支援をご希望の方 ※会場は特定保健指導相談室(医師会館 1階)のみになります。

令和5年3月31日までの月曜日~金曜日(平日)の9:30~16:00で、ご希望の日時を第3希望までご記入し、実施方法を会場又はZoomよりお選びください。

※Zoomをお選びいただく方は、Zoomに必要な環境が整っているか確認してから裏面の医師会ホームページ予約フォームからお申し込みください。保健指導実施時は、カメラとマイクを使用します。Zoom使用時は通信環境にご注意ください。(通信料はご自身の負担となります。)

	月 日	時 間	実施方法 (どちらかを○)
第1希望	月 日 ()	: 開始	医師会館 ・ Zoom
第2希望	月 日 ()	: 開始	医師会館 ・ Zoom
第3希望	月 日 ()	: 開始	医師会館 ・ Zoom

○グループ支援をご希望の方

ご希望の日時に第3希望まで○をご記入ください。

【グループ支援日程表】

月	日	曜日	時 間	会 場	第1希望	第2希望	第3希望
11	27	日	13:30~15:30	堀切地区センター(第一会議室)			
12	11	日	13:30~15:30	高砂地区センター(2F会議室)			
12	12	月	10:00~12:00	奥戸総合スポーツセンター(第2会議室)			
12	17	土	10:00~12:00	金町地区センター(会議室)			
1	17	火	13:30~15:30	水元スポーツセンター(地域交流ホールA)			
1	27	金	13:30~15:30	亀有地区センター(第一会議室)			
2	17	金	13:30~15:30	にこわ新小岩(多目的A)			
2	21	火	13:30~15:30	堀切地区センター(第一会議室)			
3	5	日	13:30~15:30	金町地区センター(会議室)			
3	9	木	10:00~12:00	高砂地区センター(2F会議室)			
3	18	土	13:30~15:30	水元スポーツセンター(地域交流ホールA)			
3	25	土	13:30~15:30	亀有地区センター(第一会議室)			

■ 必ずご記入ください ■

フリガナ				性 別
氏 名				男 ・ 女
住 所	〒 葛飾区		丁目	
	番 号			
電話番号	— —	FAX 番号	— —	
生年月日	昭和	年	月 日	(歳)
保健指導レベル	動機付け支援 ・ 積極的支援 (どちらかを○)			
ご加入の医療保険	葛飾区国民健康保険 ・ 他 ()			
特定健康診査を受診した医療機関名				