

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』 どちらかをお選びください。

《個別支援について》

- * 月曜日～金曜日(平日)の9:30～16:00。1回20分から60分を予定しております。
- * 支援方法を医師会館での対面またはLINE(ビデオ通話)からお選びいただけます。※LINE(ビデオ通話)をご希望の場合は、**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。LINE使用時の通信環境を必ずご確認ください。(通信料はご自身の負担となります。)
- * **会場は特定保健指導相談室(医師会館1階)になります。**
- * 上記の会場以外をご希望の場合は、健診結果説明時に配付された「令和6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》

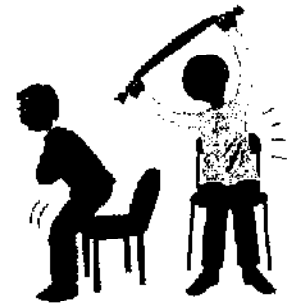
* 日時や会場などの詳細は裏面の『グループ支援日程表』をご確認ください。* 90分から120分を予定しております。

■ 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
- ・高砂地区センター：高砂3-1-39
- ・新小岩地域活動センター(にこわ新小岩)：西新小岩4-33-2
- ・奥戸総合スポーツセンター：奥戸7-17-1(老人会館内)
- ・水元総合スポーツセンター：水元1-23-1
- ・葛飾区医師会館：立石5-15-12

《体操教室のご案内》

特定保健指導相談室(医師会)で支援を受けた方は、体操教室に参加いただけます。(無料)



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。

～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 ※裏面をご記入のうえ送信してください。

【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

※右記QRコードを読み取り、予約フォームに必要事項をご入力の上送信してください。



【医師会特定保健指導相談室】葛飾区立石5-15-12

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7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希望までご記入ください。LINE(ビデオ通話)をご希望の場合は、裏面の医師会ホームページ予約フォームから、ご予約ください。

	月 日	時 間
第1希望	令和 年 月 日 ()	: 開始
第2希望	令和 年 月 日 ()	: 開始
第3希望	令和 年 月 日 ()	: 開始

○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	21	木	10:00～12:00	葛飾区医師会館(3階講堂)			
12	4	水	10:00～12:00	水元総合スポーツセンター(地域交流ホールA)			
12	11	水	13:30～15:30	金町地区センター(ホール)			
12	15	日	13:30～15:30	葛飾区医師会館(3階講堂)			
12	19	木	13:30～15:30	高砂地区センター(ホール)			
1	16	木	13:30～15:30	にこわ新小岩(活動室3)			
1	21	火	13:30～15:30	堀切地区センター(ホール)			
1	29	水	13:30～15:30	奥戸総合スポーツセンター(第2会議室)			
2	4	火	13:30～15:30	亀有地区センター(ホール)			
2	13	木	10:00～12:00	高砂地区センター(ホール)			
2	20	木	13:30～15:30	水元総合スポーツセンター(地域交流ホールA)			
2	27	木	10:00～12:00	にこわ新小岩(活動室3)			
3	5	水	10:00～12:00	金町地区センター(ホール)			
3	13	木	10:00～12:00	亀有地区センター(ホール)			

■ 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	葛飾区の国民健康保険 ・ 他 ()			
特定健康診査を受診した医療機関名				