

# 特定保健指導相談室(医師会)個別・グループ支援

## ■ ご利用方法 ■

『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
- ＊20分以上を予定しております。
- ＊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。
- ＊個別支援を特定保健指導相談室(医師会)以外で受けることをご希望の方は、健診結果説明時に配付された「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

- 医師会館……………立石5-15-12
- 金町地区センター……………東金町1-22-1
- 亀有地区センター……………亀有3-26-1リリオ館7階
- 新小岩北地区センター……………東新小岩6-21-1
- 高砂地区センター……………高砂3-1-39
- 堀切地区センター……………堀切3-8-5

※お申し込みは裏面をご確認ください。

## 健康教室のご案内

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

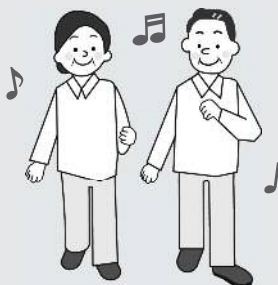
### ● 体操教室

膝・腰が痛くても大丈夫！  
座ってできる体操や  
ストレッチも伝授



### ● ダンスステップ教室

初めての方でも大丈夫！  
リズムに合わせて  
楽しく体を動かそう♪



### ● さわやかウォーキング教室

水元公園を歩きます。  
お医者さんも一緒に歩くので  
気軽に健康相談できます！



### ● 栄養教室

・健康情報って本当？  
・コレステロールって何？  
・血圧と食事の関係？  
生活改善と食事に関する  
教室です



※参加費の自己負担はありません。

## ■ 申し込み方法・お問い合わせ先 ■

【電話】3691-1971 ※平日午前9時～午後5時におかけください。

【FAX】3691-1972 ※裏面をご使用ください。

【医師会ホームページ】 [http://www.katsushika-med.or.jp/soudanshitsu/shido\\_contact.html](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。

【特定保健指導相談室(医師会)】 葛飾区立石5-15-12

## 特定保健指導相談室(医師会) 個別・グループ支援の申し込み

- ・FAXでお申し込みの場合は、下記にご記入のうえ、このまま送信（FAX：3691-1972）してください。
- ・電話でのお申し込みもできます。（電話：3691-1971）受付時間：平日午前9時～午後5時

### ○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
9	27	木	13:30～15:30	医師会館			
10	2	火	13:30～15:30	金町地区センター			
10	11	木	13:30～15:30	新小岩北地区センター			
10	14	日	10:00～12:00	医師会館			
10	30	火	18:30～20:30	亀有地区センター			
11	2	金	18:30～20:30	医師会館			
11	16	金	10:00～12:00	高砂地区センター			
11	20	火	13:30～15:30	堀切地区センター			
11	22	木	13:30～15:30	亀有地区センター			
11	27	火	18:30～20:30	金町地区センター			
12	2	日	10:00～12:00	医師会館			
12	4	火	13:30～15:30	金町地区センター			
12	6	木	10:00～12:00	医師会館			
12	12	水	13:30～15:30	医師会館			

### ○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。

平成30年12月28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。

	月 日	時間
第1希望	月 日 ( )	: 開始
第2希望	月 日 ( )	: 開始
第3希望	月 日 ( )	: 開始

### ■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 ( )			
健診を受診した医療機関名				