回答期限：**令和７年５月３０日（金）まで**

**【令和７年度 奈良市特定保健指導実施状況　確認票】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** |  | **回答者** |  | **連絡先****（電話番号）** |  |

**R６年度の掲載資料をご参考に変更の有無について該当する方に〇をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **R６年度からの****掲載内容の変更** | **あり** | **なし** |

**変更がある場合のみ**、下記の＜R７年度　変更内容＞に変更内容をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | R７年度　変更内容 |
| **交通手段** | 最寄り（　　　　　）駅から 徒歩・バスで（　　　　　　）分　バス停（名称：　　　　　　　）から徒歩約（　　　　）分駐車場（　あり　・　なし　） |
| **貴院における****保健指導の特色と****PRポイント** | 例：健康的に痩せてお腹を凹ますために、管理栄養士等の専門のスタッフが全力サポートします！！ |
| **指導体制****（あてはまるものすべてに◯）** | 1.　集団支援2.　個別支援3.　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| **実施している****特定保健指導****（あてはまるものすべてに◯）** | 1. 動機付け支援を実施
2. 動機付け支援、積極的支援ともに実施
 |
| **特定保健指導の****申し込み方法** | 1.　電話予約が必要　→　予約電話番号　　（　　　　　　　　　　　　　）　　　予約受付時間・曜日　　（　　　　　　　　　　　　　）2.　特に予約は必要ない3.　その他　　（　　　　　　　　　　　　　） |

※期限までにご回答がなかった場合は、変更がないものとし、令和６年度と同様の内容を最新情報として掲載いたします。

**実施している保健指導の内容に変更がある場合は、こちらのご回答に加えて、**

**奈良市医師会へ必ずご連絡ください。**

**（すでに奈良市医師会にご報告がお済の場合は連絡不要です。）**

【問合せ先】奈良市健康増進課　電話0742－34－5129　FAX0742-34-3145