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）** |  |

＜R７年度　掲載内容＞にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | R７年度　掲載内容 |
| **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  　　（　　　　　　　　　　　　　） |

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