

# 令和◎年度 特定保健指導 ご希望されない方

## 状況確認書

回答締切日：○月●日(□) 必着

※利用申込書及び状況確認書のご返送が確認できない場合は、  
お電話にて連絡する場合がございます。

※**太枠内**をもれなくご記入の上、同封の返信用封筒にてご送付ください(切手不要)。

フリガナ											
氏名											
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	性別	男	・	女	
連絡先電話	<input type="checkbox"/> 自宅			<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 携帯(個人用)		<input type="checkbox"/> 携帯(会社用)		( )	—
特定保健指導を ご希望しない 理由	<input type="checkbox"/> 通院中(服薬中)だから ※ ( ) 内の薬の内容についてご選択ください (服薬している薬 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 血糖 に関する薬 <input type="checkbox"/> その他の薬) <input type="checkbox"/> 時間がないから <input type="checkbox"/> その他 ※ ( ) 内に具体的な内容をご記入ください ( )										

ご回答ありがとうございました。