

連絡先等のお伺い

保健指導を実施するにあたり、下記に連絡先等をご記入ください。なお、ご提供いただいた個人情報は保健指導以外には使用いたしません。
※黒のボールペンでご記入をお願いいたします。（大切な個人情報ですので、フリクションペンのご使用はお控えください。）

■対象者様ご記入欄（※太枠内をご記入下さい）										面談日		令和		年		月		日			
フリガナ お名前（必須）		様										生年月日		昭和		年		月		日	
会社名（必須）																					
今後のご連絡方法 （必須）		☐ メールコース						☐ アプリコース						☐ 郵送コース							
ご連絡先：いずれかの方法でご連絡できるよう、全ての連絡方法（郵送、電話、メール）をご記入くださいますようお願いいたします。 上記のコースにかかわらずご連絡させていただく場合がございますのでご了承ください。																					
【郵 送】 （必須）		☐ 自宅の住所（推奨）										☐ 会社の住所				☐ その他					
		〒		—		都 道 府 県															
		ビル名・建物名称（お部屋番号までご記入ください）																			
【電 話】 （必須） ※第2希望以下ある場合は、必ず記載をお願いします。		希望順		電話番号								通話可能な時間帯(○をお願いします)									
												午前:10～12時 昼:12～13時 午後:13～18時									
		第1希望		☐ 社用携帯 ☐ 私用携帯 ☐ 会社 ☐ 自宅								午前 ・ 昼 ・ 午後 ・ 日中いつでも									
		第2希望		☐ 社用携帯 ☐ 私用携帯 ☐ 会社 ☐ 自宅								午前 ・ 昼 ・ 午後 ・ 日中いつでも									
第3希望		☐ 社用携帯 ☐ 私用携帯 ☐ 会社 ☐ 自宅								午前 ・ 昼 ・ 午後 ・ 日中いつでも											
【メール】 （必須） ※アプリ、メール支援の方は必ずご記入ください。 @マーク前までをご記入下さい。																					
@マーク以後は右欄よりご選択下さい		☐ @gmail.com ☐ @softbank.ne.jp ☐ @i.softbank.jp																			
		☐ @yahoo.co.jp ☐ @docomo.ne.jp ☐ @au.com																			
		☐ @ezweb.ne.jp ☐ @hotmail.com ☐ @icloud.com																			
選択肢にない場合は右欄にご記入下さい		@																			
記入例 ※注意		オー	ゼロ	アイ	エル	イチ		アンダーバー	ハイフン	ドット	キュー	キュー	(数字)								
		o	0	i	l	1		—		—	.	q	9								

◆◆◆◆◆ ご回答が必要な箇所は以上です。ご回答いただきありがとうございました。 ◆◆◆◆◆

■指導者記入欄																					
健診 受診日		令和						年		月		日		支援コース		☐ 積極的支援		担当者			
		☐ 動機付け支援																			
		☐ 動機付け支援相当																			
保険証の 記号・番号		支部コード		記号（8ケタ、7ケタの場合は最初に0記入）										番号							
初回時		腹囲						cm		目標		cm				現状維持		設定せず		食事運動 目標なし	
		体重						kg				kg									
受診勧奨実施				（ ）について、（ ）を受診する																	
連絡先(データにあり) 対象者様に確認済,上記不要				住所				電話				・住所と電話の両方に該当する場合は、両方に✓願います。 ・メールは必ず上記に記入願います。									