

特定保健指導事業同意に関する報告書

年 月 日

豊中市長 様

住 所 又 は  
事 業 所 所 在 地  
商 号 また は 名 称

氏名又は代表者名

特定保健指導の業務を統括する者の氏名

次のとおり特定保健指導の実施に関する同意書を作成しましたので報告します。

|    | 国保番号 | 氏名 | 生年月日 | 支援区分 | 通院している疾患名<br>受診勧奨した項目名   |
|----|------|----|------|------|--------------------------|
| 1  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 2  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 3  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 4  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 5  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 6  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 7  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 8  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 9  |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |
| 10 |      |    |      |      | 通院<br>( )<br>受診勧奨<br>( ) |