

訪問健康相談申込書

ご返信期日：2019年10月31日（木）必着

※相談はご家族の同席も可能です。

※同封案内をご覧になってから、下記太枠内の該当部分に○をつけ、住所・氏名・電話番号を記入し、返信してください。

1、訪問健康相談を希望します。

希望曜日：月・火・水・木・金・土・日

希望時間帯：午前・午後

家族の同席：有（続柄： ）・無

2、電話による健康相談を希望します。

3、いずれも希望しません。

理由 ア 自ら、かかりつけ医に相談する

イ 自ら、かかりつけ薬局に相談する

ウ 自ら、保健師に相談する

エ その他（ ）

住 所	
氏 名	
生年月日	
電話番号	