**生活習慣改善トライアルシート（２回目以降版）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 組合員証番号 | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | | 初回面接日 |

記入日　　年　　月　　日

**１、生活改善プランの達成度について、あてはまると思うものに☑を付けてください。**

|  |
| --- |
| 【プラン１】  ⇒**「□実行できた　□やや実行できた　□あまり実行できなかった　□実行できなかった」** |
| 【プラン２】  ⇒**「□実行できた　□やや実行できた　□あまり実行できなかった　□実行できなかった」** |
| 【プラン３】  ⇒**「□実行できた　□やや実行できた　□あまり実行できなかった　□実行できなかった」** |

**２、自由記載 （数日間実践してみた感想や、担当者への質問等） ご記入ください。**

〈記入例〉週に３回ならご飯の量を1/3に減らせた

**３、最近の体重が分かる方は、ご記入ください。　　　　　体重**（　　　　　　　　）ｋｇ

共済担当者からコメント

ご記入ありがとうございました。

・取組み状況を記入後、下記にあります名古屋市職員共済組合(福祉事業係)にご提出ください。

・提出先メールアドレス：[nagoyakyosai-shido@ab.auone-net.jp](mailto:nagoyakyosai-shido@ab.auone-net.jp)

**（組合員証番号と氏名は必ず記載ください）**

名古屋市職員共済組合 福祉事業係

特定保健指導担当

TEL 052-972-2175