

(まち保様式4)

公益社団法人

山形県看護協会 会長あて

運営担当 _____

報告責任者 _____

山形県看護協会「まちの保健室」事業実施報告書

開催日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
イベント名				
会場及び所在地	会場名 : 所在地 : TEL :			
運営人数	担当者 : 名			
関連団体	栄養士会 名、 薬剤師会 名、 理学療法士会 名、 日精看 名 その他 名 ()			
参加人数	総数 名			
健康チェック	血圧 名、 血管年齢 名、 握力 名、 体組成 名、 体脂肪 名			
その他	ハンドトリートメント 名、 手洗いチェック 名			
相談・指導内容 (別紙1より集計)	食生活について	件	運動について	件
	生活習慣病について	件	血圧について	件
	喫煙・飲酒について	件	メンタル面について	件
	介護相談	件	子育てについて	件
	服薬指導	件	その他()	件
その他実施内容				
参加者の様子 反応・意見				
実施者の反省 評価				
今後の課題				

報告 年 月 日

記載者氏名

所属施設名
電話番号