

ご記入後、同封の返信用封筒にて  
案内文到着後2週間までにご返信をお願いします。

大阪市職員共済組合  
委託先：株式会社カルナヘルスサポート

## 糖尿病重症化予防事業 サポート回答書

ご記入いただいた下表③日中の連絡先へ、株式会社カルナヘルスサポート 050-5578-8808よりお電話にてご連絡します。

サポート回答書の返信がない方へは、勤務先にご連絡させていただくことがございますのでご了承ください。ご返信いただく日によりましては入れ違いにお電話する場合がございますがご容赦ください。

※株式会社カルナヘルスサポートからのお電話を希望されない方は、【問い合わせ先】株式会社カルナヘルスサポート (050-5578-8808) にお電話ください。

① お名前 (カナ) 生年月日 性別	フリガナ	性別														
	西暦 年 月 日生	男 ・ 女														
② 住所	〒 フリガナ															
	都道府県															
③ 電話番号 (日中の連絡先)	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>-</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>-</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table> <p>※日中つながりやすい電話番号を教えてください。携帯番号であると助かります。</p>		□	□	□	□	-	□	□	□	□	-	□	□	□	□
□	□	□	□	-	□	□	□	□	-	□	□	□	□			
④ 現在、糖尿病の治療を受けていますか？																
<input type="checkbox"/> 未治療																
<input type="checkbox"/> 治療中 (下の治療状況をご記入ください。)																
④ 治療状況 (わかる範囲で結構です)																
医療機関名： _____																
担当医名： _____																
通院年数： _____ 年 _____ か月																
治療方法 (複数選択可) : <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 服薬療法																

### 【お問い合わせ先】

委託業者 株式会社カルナヘルスサポート  
〒810-0054  
福岡県福岡市中央区今川1丁目25-12  
TEL : 050-5578-8808 (電話受付 : 平日 9:00~19:00)

委託者 大阪市職員共済組合  
〒530-8201  
大阪府大阪市北区中之島1-3-20  
TEL : 06-6208-7597

