

令和から始めよう 心と体のリフレッシュ！ 「夏の肥満教室」のご案内



教室では一緒に肥満について勉強したり体を動かしたりします。
子どもの肥満を改善するためには家族みんなの協力が必要です。
教室に参加して、いっしょに勉強・体験し
家族みんなでより健康な生活を目指して、取り組んでみませんか。

※日帰りですので気軽にご参加ください。

対象者：肥満もしくは肥満傾向の小・中学生と家族 10組程度

日時：令和元年7月24日（水曜日）9：00～16：00

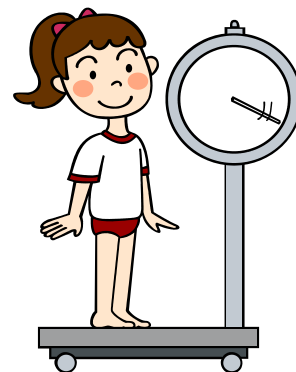
場所：南岡山医療センター 及び 県立早島支援学校

主催：南岡山医療センター

協力：県立早島支援学校

費用：外来診療費用・体験食実費程度

申し込み締め切り日 令和元年7月4日（木）



【主な内容】

- ・身長・体重・体脂肪率・腹囲・血圧測定
- ・小児科医・看護師・管理栄養士による肥満勉強会、支援学校教員による運動指導
- ・体験食（病院から出される食事を実際に食べていただきます）
※ 教室中には血液検査・腹部CT検査はできません。

希望の方は別途予約で行うことができます。教室終了後、ご相談ください。
生まれてから現在までの身長と体重の記録をご用意下さい。

事前に身長と体重の変化グラフを作成し、教室中に説明いたします。

参加ご希望の方は

下記連絡先までお問い合わせいただくか
別紙申し込み用紙に必要事項を記入し
郵送またはFAXにてお申し込みください

連絡先

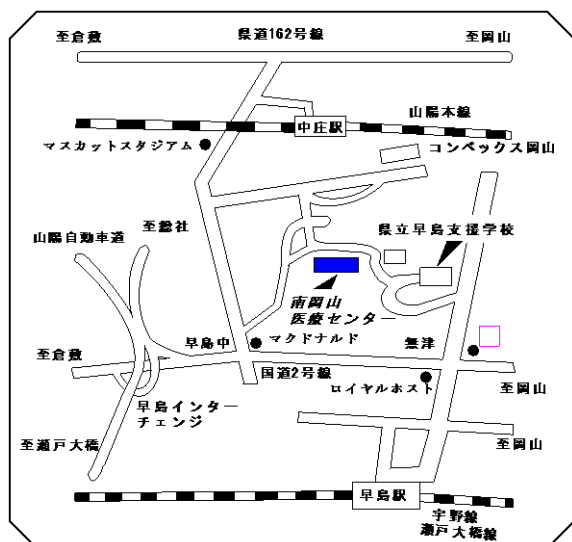
国立病院機構南岡山医療センター
小児科医師 水内

住所 〒701-0304
岡山県都窪郡早島町早島4066番地

TEL 086-482-1121（代表）

FAX 086-482-1400

<https://minamiokayama.hosp.go.jp/>



肥満教室等申込書

ご希望の記号を○で囲んでください。（複数○で囲んでも可です）

A 7月24日(水)の教室 B 肥満外来受診希望

以下の該当する項目の□内にチェック☑を入れてください

- ① 参加を申し込みます。
② 参加を検討しているので直接電話での連絡をしてほしい。
③ 肥満外来受診について相談したい。

②③について 連絡希望の時刻 時頃
連絡先 電話番号 () - 自宅・勤務先 ()

- ④ 今回は参加できないが、今回は案内を送ってほしい。
⑤ その他 ()

ふりがな 本人の氏名	_____		生年月日	平成 年 月 日 才		
身長	cm	体重	kg			
学校名	小・中 学校		学年	小・中 年生	性別	男・女
血液検査の希望	あり・なし (どちらかを○で囲んでください) 別途予約していただきます					
連絡先	郵便番号	〒 -	保護者の氏名			
	住所					
	電話番号 () -	FAX番号 () -				
	E-mail	@ _____ もしあればご記入ください。				

記入していただきました個人情報につきましては教室に関する手続き、今後の教室の案内および教室に関連したアンケートについてのみ使用させていただきます。
個人情報の変更、削除を希望の方はご連絡いただければ対応させていただきます。

以下については差し支えなければご記入ください。

これまで肥満について何か指導を受けたことがありますか。

- ①病院 ()
②学校 ()
③その他 ()

この教室をどこで知りましたか。数字を○で囲み () 内に具体的に記入してください。
(複数の回答も可です。)

- ①病院 ()
②学校 ()
③ダイレクトメール
④南岡山医療センターのHP (<https://minamiokayama.hosp.go.jp/>)
⑤新聞・市町村の広報 ()
⑥その他 ()

送り先 住所 郵便番号 701-0304
岡山県都窪郡早島町早島4066
国立病院機構南岡山医療センター
小児科 水内 苑

FAX 086-482-1400