

(2) 電話による支援（支援B）

| | 保健指導機関名 | 番号 | 保健指導者名 | 職種 | 実施年月日 | 実施時間 | 支援ポイント | 合計ポイント |
|---|---------|----|--------|----|------------|------|--------|--------|
| 1 | | | | | 平成18年7月23日 | 5分 | 10 | 10 |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |

(3) e-mailによる支援（支援B）

| | 保健指導機関名 | 番号 | 保健指導者名 | 職種 | 実施年月日 | 実施回数 | 支援ポイント | 合計ポイント |
|---|---------|----|--------|----|------------|------|--------|--------|
| 1 | | | | | 平成18年8月23日 | 1往復 | 5 | 10 |
| 2 | | | | | 平成18年10月9日 | 1往復 | 5 | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |

13 6ヶ月後の評価（ただし、腹囲、体重、血圧を実施していない場合は記載の必要はない）

| | （保健指導者・番号） （職種） | 実施年月日 | 腹囲 （増減数） | 体重 （増減数） | 収縮期血圧 （増減数） | 拡張期血圧 （増減数） | 生活習慣改善の状況 | 保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA |
|---------|---------------------------------|-----------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|---|---|
| 6ヶ月後の評価 | △△ △△ ○○ ○○ （保健師） | 平成19年1月9日 | cm （ ） | kg （ ） | mmhg （ ） | mmhg （ ） | 栄養・食生活 ①. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 ①. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし | ① 個別 （ 20分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. E-mailA （ 分） |