

特定健診・特定保健指導に係る情報

様式例

(表面)

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別/年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既 往 歴			
服 薬 歴		喫煙歴	
自 覚 症 状			
他 覚 症 状			

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)			
	G P T (IU/l)			
	γ - G T P (IU/l)			
血 糖 検 査 (いずれかの項目の実施で可)	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA1c (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
 - ① 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 - ② 貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。

⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書

1 保健指導対象者名 利用券番号 _____ 2 保険者名 保険者番号 _____

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
 総務保健指導機関名 保健指導機関番号 _____ 保健指導責任者名(職種) _____

4 支援レベル
 動機づけ支援
 積極的支援

5 保健指導コース名 _____

6 継続的支援期間

支援期間	予定
	12 週

開始年月日	平成18年7月9日
終了年月日	_____ 週

7 初回面接による支援の支援形態・実施する者の職種

支援形態	実施する者の職種
個別・グループ	

8 継続的な支援の支援形態・ポイント

計画	支援形態	回数	ポイント
	個別A	2 (回)	160 (P)
個別B	0 (回)	0 (P)	
グループ	0 (回)	0 (P)	
電話A	0 (回)	0 (P)	
電話B	1 (回)	10 (P)	
e-mailA	0 (回)	0 (P)	
e-mailB	2 (回)	10 (P)	
合計	5 (回)	180 (P)	

9 実施体制表(委託事業社)

	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A社(機関番号)		○		○	○		
B社(機関番号)	○					○	
C社(機関番号)			○				○
D社(機関番号)							

ポイント内訳 (A) 160 (B) 20

10 保健指導の評価

1) 中間評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の職種
計画	平成18年9月10日	個別支援	
実施	平成18年9月10日	個別支援	

2) 6か月後の評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の職種
計画	平成18年1月9日	個別支援	
実施	平成18年1月9日	個別支援	

11 行動目標・行動計画

行動目標・計画の設定及び変更	設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日
	目標値			
	腹囲		cm	
	体重		kg	
収縮期血圧		mmHg		
拡張期血圧		mmHg		
一日の削減目標エネルギー量		kcal		
一日の運動による目標エネルギー量		kcal		
一日の食事による目標エネルギー量		kcal		
行動目標		6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する	
行動計画		①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす	
変更理由				

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	(保健指導者・番号)	実施年月日	実施時間	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)	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導実施形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)
初回	△△ △△ ○○ ○○ (保健師)	2014年7月10日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	(1)無関心期 (2)関心期 (3)準備期 (4)実行期 (5)維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の優先順位 ・行動目標および計画の策定	①個別 (20分) ②グループ ()

2) 継続的な支援(腹囲、体重、血圧については中間評価時は必須。しかし、他の回については実施していない場合は記載の必要はない)

(1) 個別・グループ・電話A・e-mailによる支援(支援A)

	(保健指導者・番号)	実施年月日	実施時間	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)	生活習慣の改善状況	指導の種類	保健指導実施形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA (実施時間)	支援実施ポイント	合計ポイント
2回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価 (保健師)	2014年7月10日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ①変化なし ①改善 2.悪化 ②身体活動 ③変化なし 1.改善 2.悪化 ④禁煙 1.禁煙継続 2.非継続 ③非喫煙 4.禁煙の意思なし	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	①個別 (20分) ②グループ () ③電話A () ④E-mailA ()	80	160
3回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価 (保健師・運動指導士)	2014年7月10日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ①変化なし 1.改善 2.悪化 ②身体活動 ③変化なし ①改善 2.悪化 ④禁煙 1.禁煙継続 2.非継続 ③非喫煙 4.禁煙の意思なし	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	①個別 (20分) ②グループ () ③電話A () ④E-mailA ()	80	
4回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ①変化なし 1.改善 2.悪化 ②身体活動 ③変化なし 1.改善 2.悪化 ④禁煙 1.禁煙継続 2.非継続 ③非喫煙 4.禁煙の意思なし	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	①個別 (20分) ②グループ () ③電話A () ④E-mailA ()		
5回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ①変化なし 1.改善 2.悪化 ②身体活動 ③変化なし 1.改善 2.悪化 ④禁煙 1.禁煙継続 2.非継続 ③非喫煙 4.禁煙の意思なし	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	①個別 (20分) ②グループ () ③電話A () ④E-mailA ()		

5回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ①変化なし 1.改善 2.悪化 ②身体活動 ③変化なし 1.改善 2.悪化 ④禁煙 1.禁煙継続 2.非継続 ③非喫煙 4.禁煙の意思なし	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	①個別 (20分) ②グループ () ③電話A () ④E-mailA ()	
-----	----------------------	--	--	-----------	-----------	-------------	-------------	--	---	--	--

(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)

	保健指導機関名・番号 (記録簿)	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18年11月9日	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非喫煙 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	〇 個別 (20分) 2. グループ () 分 3. 電話A () 分 4. E-mailA () 分