

⑨ 支援計画及び実施報告書(案)

1 保健指導対象者名 2 保険者名(番号) 番号

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
 保健指導支援機関名 番号 保健指導責任者名

4 保健指導レベル
 動機づけ支援
 積極的支援

5 保健指導コース名

6 保健指導支援期間	予定	実績
支援期間	3ヶ月	3ヶ月(7月9日～10月9日)

7 初回面接による支援の支援形態・実施する者の職種	予定	実績
支援形態	個別・グループ	個別・グループ
実施する者の職種		

8 継続的な支援の支援形態・ポイント

支援形態	回数	ポイント
個別	2 (回)	160 (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

	個別	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A社			○	○		
B社	○				○	
C社		○				○
D社						

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19年1月9日	個別支援	
実施	平成19年1月9日	個別支援	

11 行動目標・行動計画

	設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	○年○月○日
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				

初回面接時に記入 支援プログラムの終了時に記入 6ヶ月評価時に記入