

# エスト特定保健指導記録票 説明書

## 目次

1、動機付け支援 初回時	.....	ページ 1
2、動機付け支援 最終時	.....	ページ 2
3、動機付け支援 最終時 【評価不可】の場合	.....	ページ 3
4、積極的支援 初回時	.....	ページ 4
5、積極的支援 最終時	.....	ページ 6
6、注意事項	.....	ページ 8

# 1、「動機付け支援 初回時」の記入方法

## 特定保健指導記録票

### 動機付け支援(相当) 初回時

←動機付け支援相当の場合はチェック必須。チェックがない場合、動機付け支援としての報告となります。

←特定健診と同日に実施の場合はチェックしてください。

株式会社エストコーポレーション

フリガナ	郵便番号	〒						性別	1. 男 2. 女
氏名	生年月日	1. 明治 3. 昭和	2. 大正 4. 平成	年	月	日			
保険証記号・番号	記号						番号		
保険者名称 <small>※利用券がない場合は記入</small>							保険者番号 <small>※利用券がない場合は記入</small>		
利用券整理番号							受診券整理番号		
窓口負担徴収状況	1. 初回時に全額徴収 2. その他								

利用券がない個別契約の場合は、保険者名(●●健康保険組合、■共済組合等)や、保険者番号を記入してください。

該当する番号を○で囲んでください。

実施年月日	20	年		月		日	<small>※特定健診と同日実施の場合は左上欄にチェック印を記入</small>
-------	----	---	--	---	--	---	---

※記載不要です

支援コース名	
--------	--

支援形態	1. 個別 2. グループ
------	---------------

実施時間		(分)
------	--	-----

行動実態ステージ	1. 意志なし 2. 意志あり(6ヶ月以内) 3. 意志あり(近いうち) 4. 取組済(6ヶ月未満) 5. 取組済(6ヶ月以上)
----------	--

該当する番号を○で囲み、氏名を記入してください。  
複数名で面接を行った場合でも、記入は1名のみで構いません。

実施者(責任者)	1. 医師 2. 保健師 3. 管理栄養士 4. その他	氏名	
----------	------------------------------	----	--

目標腹囲		(cm)
------	--	------

目標体重		(kg)
------	--	------

目標血圧(収縮期)		(mmHg)
-----------	--	--------

目標血圧(拡張期)		(mmHg)
-----------	--	--------

運動、食事による1日削減目標量の合計量を記入してください。

一日削減目標エネルギー量	計		(kcal)
--------------	---	--	--------

一日の運動による削減目標エネルギー量		(kcal)
--------------------	--	--------

一日の食事による削減目標エネルギー量		(kcal)
--------------------	--	--------

貴院の健診実施機関コードを記入してください。  
コードは10桁です。  
(下記がコード構成です)

1	2	1							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

都道府県コード(上2桁) 医療機関番号(下7桁)

備考(メモ欄)	
---------	--

実施機関名	
-------	--

実施機関コード	
---------	--

## 【動機付け支援 初回】の提出物

利用券の  
コピー

+

記録票の  
コピー  
動機付け支援  
初回

・総括表と同用紙のコピーと利用券のコピー(利用券があれば)を千葉県医師会様までお送りください。

・利用券は裏面がある場合は、裏面もコピーして下さい。

## 2、「動機付け支援 最終時」の記入方法

### 特定保健指導記録票

### 動機付け支援(相当) 最終時

← 動機付け支援相当の場合はチェック必須。チェックがない場合、動機付け支援としての報告となります。

株式会社エストコーポレーション

フリガナ	郵便番号	〒							性別	1. 男	2. 女
氏名	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	4. 平成	年	月	日			

該当する番号を○で囲んでください。  
※「2.評価出来ずに終了」を選択された場合は次のページを参照ください。

区分	1. 最終評価実施		2. 評価出来ずに終了							
実施年月日	20	年		月		日	※90日以上から報告可			
支援形態	1. 個別支援		2. グループ支援		3. 電話支援		4. 電子メール等支援			
実施時間					(分)					
実施者(責任者)	1. 医師		2. 保健師		3. 管理栄養士		4. その他		氏名	
腹囲					(cm)					
体重					(kg)					
収縮期血圧					(mmHg)					
拡張期血圧					(mmHg)					
生活習慣の改善状況	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. 非継続		3. 非喫煙		4. 禁煙意志なし		
評価できない場合の確認	電話		回	e-mail		回	その他		回	
備考 (メモ欄)										

「4.電子メール」の場合は未記入で構いません

該当する番号を○で囲み、氏名を記入してください。  
複数名で面接を行った場合でも、記入は1名のみで構いません。

腹囲、体重は必須ですが、血圧は情報があれば記入してください。

貴院の健診実施機関コードを記入してください。  
コードは10桁です。  
(下記がコード構成です)

1	2	1							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

都道府県コード(上2桁) 医療機関番号(下7桁)

実施機関情報	実施機関名	
	実施機関コード	

### 【動機付け支援 最終】の提出物

#### 記録票の コピー

#### 動機付け支援 最終

・総括表と同用紙のコピーを千葉県医師会様までお送りください。

# 3、「動機付け支援 最終時」の記入方法【評価不可】

## 特定保健指導記録票

### 動機付け支援(相当) 最終時

← 動機付け支援相当の場合はチェック必須。チェックがない場合、動機付け支援としての報告となります。

株式会社エストコーポレーション

フリガナ	郵便番号	〒							性別	1. 男	2. 女
氏名	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	4. 平成	年	月	日			

区分	1. 最終評価実施		2. 評価出来ずに終了						
実施年月日	20	年		月		日 ※90日以上から報告可			
支援形態	1. 個別支援		2. グループ支援		3. 電話支援 4. 電子メール等支援				
実施時間					(分)				
実施者(責任者)	1. 医師		2. 保健師		3. 管理栄養士 4. その他				
腹囲					(cm)				
体重					(kg)				
収縮期血圧					(mmHg)				
拡張期血圧					(mmHg)				
生活習慣の改善状況	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. 非継続		3. 非喫煙 4. 禁煙意志なし			
評価できない場合の確認	電話		回	e-mail		回	その他		回
備考 (メモ欄)									
実施機関情報	実施機関名								
	実施機関コード								

「2.評価出来ずに終了」を選択

最後の確認をした日を記入

電話又はメールを選択

該当する番号を○で囲み、氏名を記入してください。

本人への確認方法を選択し、その回数を記入してください。

貴院の健診実施機関コードを記入してください。コードは10桁です。(下記がコード構成です)

1	2	1							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

都道府県コード(上2桁) 医療機関番号(下7桁)

## 【動機付け支援 最終】の提出物

記録票の  
コピー

動機付け支援  
最終

・総括表と同用紙のコピーを  
千葉県医師会様までお送りください。

### 最終評価が出来ない場合の記入方法

本人に連絡が取れず、評価できない場合は下記の情報のみを同用紙に記入して提出してください。

- 本人基本情報  
(氏名、フリガナ、郵便番号、性別、生年月日)
- 区分 …… 2.評価出来ずに終了に○を付ける
- 実施日付 …… 最後の確認を実施した日を記入
- 支援形態(確認方法) …… 電話かメールを選択
- 実施者
- 確認回数
- 実施機関情報  
(実施機関名、実施機関コード)

# 4、「積極的支援 初回時」の記入方法

左側

## 特定保健指導記録票

### 積極的支援 初回時

フリガナ	郵便番号	〒						性別	1.男 2.女
氏名	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年	月	日				
保険証記号・番号	記号					番号			
保険者名称 <small>(※利用者がいない場合は記入)</small>	保険者番号 <small>(※利用者がいない場合は記入)</small>								
利用券整理番号	受診券整理番号								
窓口負担徴収状況	1.初回時に全額徴収 2.その他								
実施年月日	20	年		月		日	※特定健診と同日実施 <input type="checkbox"/>		
支援コース名									
支援形態	1.個別 2.グループ								
実施時間	(分)								
行動変容ステージ	1.意志なし 2.意志あり(6ヶ月以内) 3.意志あり(近いうち) 4.取組済(6ヶ月未満) 5.取組済(6ヶ月以上)								
実施者(責任者)	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士 4.その他		氏名						
目標腹囲			(cm)						
目標体重			(kg)						
目標血圧(収縮期)			(mmHg)						
目標血圧(拡張期)			(mmHg)						
一日削減目標エネルギー量	計		(kcal)						
一日の運動による削減目標エネルギー量			(kcal)						
一日の食事による削減目標エネルギー量			(kcal)						
行動計画 <small>(※未記入でも構いません)</small>									
行動目標 <small>(※未記入でも構いません)</small>									
備考 <small>(メモ欄)</small>									
実施機関情報	実施機関名								
	実施機関コード								

利用券がない個別契約の場合は、保険者名(●●健康保険組合、■共済組合等)や、保険者番号を記入してください。

該当する番号を○で囲んでください。

コース名がある場合は記入してください。

該当する番号を○で囲み、氏名を記入して下さい。  
複数名で面接を行った場合でも、記入は1名のみで構いません。

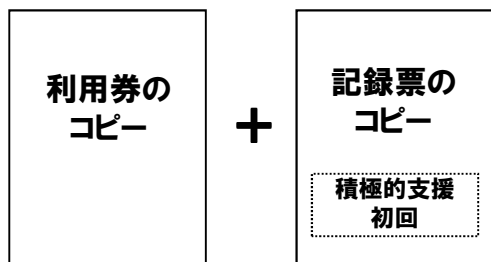
運動、食事による1日削減目標量の合計量を記入してください。

貴院の健診実施機関コードを記入してください。  
コードは10桁です。  
(下記がコード構成です)

1 2 1

都道府県コード(上2桁) 医療機関番号(下7桁)

## 【積極的支援 初回】の提出物



- ・総括表と利用券のコピーと同用紙のコピーを千葉県医師会様までお送りください。
- ・利用券は裏面がある場合は、裏面もコピーしてください。

# 右側

株式会社エストコーポレーション

継続支援計画						
継続支援期間		□□ 週間				
	支援時期	※支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント		
				支援Aポイント	支援Bポイント	
初回	初回面接実施日		□□分	□/□	□/□	
継続支援			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
			□□分	□□ P	□□ P	
評価			□□分	□□ P	□□ P	
合計ポイント (A合計+B合計)		計 □□ P		計 □□ P	計 □□ P	

初回面接日から継続支援の最終日までの週数を記入してください。  
※最低継続支援期間は3ヶ月です。

※初回面接はポイントはありません。

予定している継続支援を全て記入してください。

中間評価を予定している継続支援には、その支援名の右側に(中間)と記入してください。

支援時期については正確な日付でも、「1週間後」などの表記でも構いません。

実績評価(6ヶ月後)を継続支援の最終回を一体とする場合はポイントを記入してください。同時実施ではない場合はポイントは記入の必要はありません。

※初回の支援形態はグループか個別、上記表の継続支援形態は下記表の支援形態名より選択しご記入ください。(例)個別支援A

**【必須】**合計が180ポイント以上(又は保険者が定めたポイント数)になっているかどうかご確認ください。

積極的支援でのポイントの取え方【合計180P以上で報告可能】 ※支援Bと併用の場合、支援A160P以上・支援B20P以上必要となります				
支援形態	基本的なポイント数	最低限の介入量	ポイントの上限	
グループ支援	10分	10P	40分	120分以上実施しても120Pまで
個別支援A	5分	20P	10分	30分以上実施しても120Pまで
個別支援B	5分	10P	5分	10分以上実施しても20Pまで
電話支援A	5分	15P	5分	20分以上実施しても60Pまで
	※初回面接支援の際に使用した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けることが必要			
電話B	5分	10P	5分	10分以上実施しても20Pまで
	1往復	40P	1往復	
電子メール等支援 A (電子メール・FAX・手紙等)	※初回面接支援の際に使用した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けることが必要			
	※1往復とは一連のやりとりが完結するまで行ったことを意味する			
電子メール等支援 B (電子メール・FAX・手紙等)	1往復	5P	1往復	
	※1往復とは一連のやりとりが完結するまで行ったことを意味する			

各支援ごとのポイント表です。ポイント数を記入する際に参考資料としてご覧ください。

# 5、「積極的支援 最終時」の記入方法

左側

## 特定保健指導記録票

## 積極的支援 最終時

フリガナ	郵便番号	〒						性別	1. 男 2. 女
氏名	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成			年	月	日		

1. 継続的な支援 実施結果 (※初回面接は含みません)						
回目	実施年月日	支援形態 ※下記の注1を参照	実施者(職種) ※下記の注2を参照	実施時間 (分)	獲得ポイント	
					支援A	支援B
1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
3回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
4回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
5回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
6回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
7回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
8回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
9回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	( )			
合計ポイント		合計(A+B)		P		

注1、注2を参照しながら、実施した継続的支援の情報を記入してください。

※最終評価と継続的支援の最終回を同時実施した場合も、継続的支援の最終回の情報を記入してください。

注1. 支援形態は「グループ」、「個別A」、「電話A」、「電子メール等A」、「個別B」、「電話B」、「電子メール等B」より選択しご記入ください。  
また、中間評価に該当する回の  欄にチェックし、実施結果内容を下記にご記入ください。  
中間評価とは初回から最終までの間で1度のみの、継続支援とは別に実施するものであり、支援Aにて実施必須となります。  
注2. 実施者の職種については「1. 医師 2. 保健師 3. 管理栄養士 4. その他」から選択し、( )内に番号をご記入ください。

【必須】必ずご記入ください。

2. 中間評価 実施結果			
上記継続的な支援のうち、 ( )回目を中間評価として実施	・中間評価時は、下記項目が必須となります。(血圧は情報があれば記入)		
腹囲	<input type="text"/> (cm)	収縮期血圧	<input type="text"/> (mmHg)
体重	<input type="text"/> (kg)	空腹期血圧	<input type="text"/> (mmHg)
生活習慣の改善状況	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. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙意志なし	

上記の中で、継続的支援の何回目を中間評価として実施したかを記入してください。

腹囲、体重は必須ですが、血圧は情報があれば記入してください。

## 【積極的支援 最終】の提出物

記録票の  
コピー

積極的支援  
最終

・総括表と同用紙のコピーを千葉県医師会様までお送りください。

株式会社エストコーポレーション

3. 最終評価 実施結果

区分	1. 最終評価	2. 継続支援最終+最終評価	3. 途中終了
実施年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ※90日以上から報告可能		
支援形態	1. 個別支援    2. グループ支援    3. 電話支援    4. 電子メール等支援		
実施時間	<input type="text"/> (分)		
実施者(責任者)	1. 医師    2. 保健師    3. 管理栄養士    4. その他	氏名	
腹囲	<input type="text"/> (cm)	収縮期血圧	<input type="text"/> (mmHg)
体重	<input type="text"/> (kg)	拡張期血圧	<input type="text"/> (mmHg)
生活習慣の改善状況	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. 非継続    3. 非喫煙    4. 禁煙意志なし	禁煙指導の実施回数 <input type="text"/> 回
評価できない場合の確認	電話 <input type="text"/> 回    e-mail <input type="text"/> 回    その他 <input type="text"/> 回		
途中終了となった年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	計	<input type="text"/> 週間
備考 (メモ欄)			

該当する番号を○で囲んでください。  
※「3.途中終了」を選択された場合は下記の注意事項を参照ください。

「4.電子メール」の場合は未記入で構いません

継続支援最終回と同時実施した場合のみ  
ポイントを記入してください。

腹囲、体重は必須ですが、血圧は情報を入  
り手した場合は記入してください。

禁煙指導を行った場合、その回数を記入し  
てください。

途中終了の場合は、本人への確認方法を選  
択しその回数を記入してください。

途中終了が確定した日付と、初回面接日から  
その日までの合計の週数をご記入ください。

各支援ごとのポイント表です。  
ポイント数を記入する際に参考資料として  
ご覧ください。

実施機関情報	実施機関名	
	実施機関コード	<input type="text"/>

積極的支援でのポイントの勘え方【合計180P以上であれば報告可能】 ※支援Bとの併用であれば、支援A180P以上・支援B20P以上でなければ報告出来ません				
支援形態	基本的なポイント数	最低限の介入量	ポイントの上限	
グループ支援	10分	10P	40分	120分以上実施しても120Pまで
個別支援A	5分	20P	10分	30分以上実施しても120Pまで
個別支援B	5分	10P	5分	10分以上実施しても20Pまで
電話A	5分	15P	5分	20分以上実施しても60Pまで
	※初回面接支援の際に使用した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けることが必要			
電話B	5分	10P	5分	10分以上実施しても20Pまで
	1往復	40P	1往復	
電子メール等支援 A (電子メール・FAX・手紙等)	※初回面接支援の際に使用した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けることが必要			
	※1往復とは一連のやりとりが完了するまで行ったことを意味する。			
電子メール等支援 B (電子メール・FAX・手紙等)	1往復	5P	1往復	
	※1往復とは一連のやりとりが完了するまで行ったことを意味する。			

途中終了の場合の記入方法

途中終了の場合は下記の情報のみを同用紙に記入して提出してください。

- 本人基本情報 (氏名、フリガナ、郵便番号、性別、生年月日)
- 区分 …… 3.途中終了に○を付ける
- 実施年月日 …… 途中終了が確定した日付
- 実施者
- 継続支援の実施状況 …… 実施した継続支援(中間評価も含む)の情報を別紙に記入。
- 評価できない場合の確認回数
- 実施機関情報(実施機関名、実施機関コード)



# 注意事項

～医師会様へのご提出前にご確認お願いいたします。～

- 記録票、説明書のデータは千葉県医師会様ホームページよりダウンロードください。
- 特定健診電子化代行サービスと併せてご利用の際のご郵送は、特定健診の帳票(総括表・受診券・記録票)と保健指導の帳票(総括表・利用券・記録票)が混在しないようクリアファイル等で区別してご提出ください。  
※封筒は同一で構いません。
- 利用券情報、有効期限をご確認ください。  
保健指導の利用券は、3桁目が「2」または「3」のものとなります。

例) 182□□□□□□□□	… 積極的支援
183□□□□□□□□	… 動機づけ支援

- 電子化代行サービスをご利用いただける契約タイプは集合契約Bタイプのみとなっております。
- 「エスト特定保健指導記録票」は電子化(XML形式変換)用の記録用紙です。  
保健指導そのものの内容を網羅した帳票ではございません。

※お願いとお断り

当記録票に関しましては、ご契約いただいていない医療機関様はご使用にならないようお願いいたします。

複製・類似した物の作成につきましては著作権の侵害に当たりますので、十分ご注意ください。また、無断で第三者に提供・転写した場合も罰せられる可能性がございますのでご注意ください。

上記のお願いとお断りの内容につきましては、著作権として法律により保護されているものですので、ご注意ください。よろしくお願いいたします。

株式会社EST corporation (エストコーポレーション)



0120-728-555

E-mail [info@est-corporation.jp](mailto:info@est-corporation.jp)

受付時間(平日9:30～18:30)

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-28 九段ファーストプレイス6F

TEL 03-4405-8138 FAX 050-3737-2532