

(健診機関用)

特定保健指導記録票 総括票

平成 年 月 日

健診機関名 _____

電話番号* _____

FAX 番号* _____

〔 *医療機関様にご記入頂く記録票に不備があった際は、入力業者（エストコーポレーション）より FAX、もしくはお電話にてヒアリングをおこないますので必ずご記入ください。 〕

月分	件
----	---

No	区分	氏名
1	・動機付け ・積極的	
2	・動機付け ・積極的	
3	・動機付け ・積極的	
4	・動機付け ・積極的	
5	・動機付け ・積極的	

(この総括票はコピーしてお使いください)

《千葉県医師会》