# 特定保健指導記録票

**動機付け支援　初回時**

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<br>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**<br>※利用券がない場合は記入 | | **保険者番号**<br>※利用券がない場合は記入 | | | |
| **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 | | |
| **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） | | |
| **備考（メモ欄）** | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **実施機関情報**<br>（ゴム印可） | **実施機関名** | |
| | **実施機関コード** | |