

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 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							

実施年月日	2 0		年		月		日	※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				
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	実施機関名										
	実施機関コード										