

I Check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、積極的支援 最終時 【途中終了】の場合	.....	ページ 8
7、注意事項	.....	ページ 9

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。

I Check株式会社

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											

 は記入必須項目です。

 は情報があれば記入必須項目です。

該当がございましたらチェックを入れてください。

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下さい。

該当する番号を○で囲んで下さい。

コース名がある場合は記入して下さい。

20分以上の時間を記入して下さい。

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

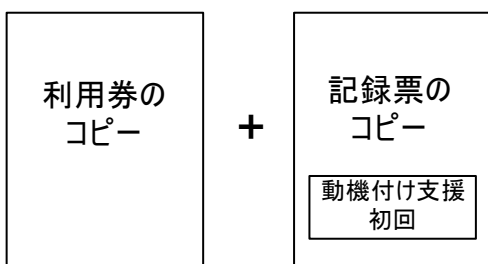
腹囲・体重は必須ですが、血圧は情報を入手した場合に記入して下さい。

実施年月日	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>
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										

貴院の健診実施機関コードを記入して下さい。コードは10桁です。

【動機付け支援初回】の提出物



・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下さい。

・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。

I Check株式会社

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

は記入必須項目です。

は情報があれば記入必須項目です。

該当がございましたらチェックを入れてください。

該当する番号を○で囲んで下さい。
※「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下さい。

「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、氏名を記入して下さい。複数人で面接を行った場合でも、記入は1人のみで構いません。

腹囲・体重は必須ですが、血圧は情報を入手した場合に記入して下さい。

区分	1.最終評価実施 2.評価出来ずに終了	
実施年月日	2 0 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)		
実施機関情報	実施機関名	
	実施機関コード	

貴院の健診実施機関コードを記入して下さい。
コードは10桁です。

【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下さい。

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。

は記入必須項目です。
 は情報があれば記入必須項目です。

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	2	0	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)																	
実施機関情報	実施機関名																
	実施機関コード	□□□□□□□□□□															

該当がございましたらチェックを入れてください。

「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、氏名を記入して下さい。

本人への督促方法を選択し、その回数を記入して下さい。

貴院の健診実施機関コードを記入して下さい。コードは10桁です。

【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下さい。

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下さい。

- 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○をつける
- 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

は記入必須項目です。
 は情報があれば記入必須項目です。

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下さい。

該当する番号を○で囲んで下さい。

コース名がある場合は記入して下さい。

20分以上の時間を記入して下さい。

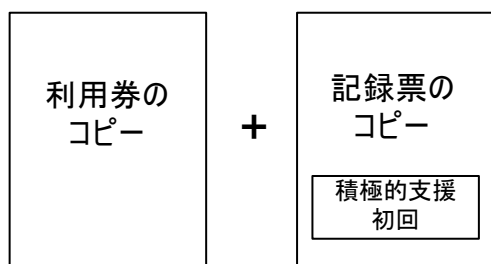
該当する番号を○で囲み、氏名を記入して
 下さい。複数人で面接を行った場合でも、
 記入は1人のみで構いません。

腹囲・体重は必須ですが、血圧は情報を
 入手した場合に記入して下さい。

貴院の健診実施機関コードを記入して下さい。
 コードは10桁です。

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	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																	

【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下さい。
- ・利用券は裏面がある場合は、裏面もコピーして下さい。

I Check株式会社

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				
継続支援					
評価					
合計ポイント (A合計+B合計)		計	計	計	

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下さい。
※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す。

予定している継続支援を全て記入して下さい。

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)と記入して下さい。

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(3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下さい。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

積極的支援でのポイントの教え方【合計180P以上で報告可能】
※支援Bと併用の場合、支援A180P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
電子メール等支援 A (電子メール・FAX・手紙等)	1往復	40P	1往復	
	※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			

※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下さい。

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下さい。

5、「積極的支援 最終時」の記入方法

左側

は記入必須項目です。
 は情報があれば記入必須項目です。

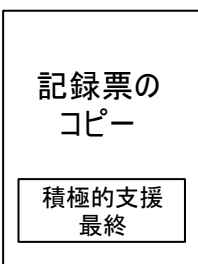
特定保健指導記録票		積極的支援 最終時				
フリガナ		郵便番号	〒		性別	1. 男 2. 女
氏名		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成		年	月 日
1. 継続的な支援 実施結果 (※初回面接は含みません)						
	実施年月日	支援形態 ※下記の注1を参照	実施者(職種) ※下記の注2を参照	実施時間 (分)	獲得ポイント	
					支援A	支援B
1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	()			
2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中間評価として実施	()			
3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		
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) ・継続支援の何回目を中間評価としても構いませんが、一般的には開始してから3ヶ月後ぐらいが目安です。				
腹囲		(cm)	収縮期血圧		(mmHg)	
体重		(kg)	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

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下さい。
 ※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下さい。

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下さい。

腹囲・体重は必須ですが、血圧は情報を入手した場合は記入して下さい。

【積極的支援最終】の提出物



・総括表と同用紙のコピーを千葉県医師会様までお送り下さい。

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	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)		
ポイント	P	※継続支援の最終と同時に実施した場合のみ記入	
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)	収縮期血圧	(mmHg)
体重	(kg)	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	禁煙指導の実施回数	回
評価できない場合の確認	電話 回	e-mail 回	その他 回
途中終了となった年月日	年 月 日	計	週間
備考 (メモ欄)			

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

「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下さい。

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下さい。

禁煙指導を行った場合、
その回数を記入して下さい。

実施機関情報	実施機関名	
	実施機関コード	

継続的支援でのポイントの考え方【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
電子メール等支援 A (電子メール・FAX・手紙等)	1往復 40P	1往復	
※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
ご覧下さい。

6、「積極的支援 最終時」の記入方法【途中終了】

I Check株式会社

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			
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)			
ポイント	<input type="text"/> P ※継続支援の最終と同時に実施した場合のみ記入			
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 <input type="text"/>			
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)	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
実施機関情報	実施機関名	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	実施機関コード	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
積極的支援でのポイントの教え方【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			

3.「途中終了」を選択

最後の確認をした日を記入

途中終了の場合は、本人への督促方法を選択しその回数を記入して下さい。
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下さい。

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下さい。

- 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 …… 実施した継続支援分(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
- 継続支援終了日 …… 途中終了となった日付
- 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。
- 記録票、利用券につきましては原本ではなく、**コピー**をお送りください。
- 特定健診電子化代行サービスと合わ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・健診票)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) 202□□□□□□□□	… 積極的支援
203□□□□□□□□	… 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。
- 「I Check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。

I Check株式会社 経営企画部 医療サービス室
TEL 03-5839-2575

受付時間(平日9:00～18:00)

〒101-0031 東京都千代田区東神田2丁目8-16 GLEAMS AKIHABARA201号室

FAX 050-3737-2235