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	〒　　ー	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 ※利用券がない場合は記入			保険者番号 ※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	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	