

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																		