

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	2. 大正			年		月		日
				3. 昭和	4. 平成							

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)									

実施機関名

実施機関情報

実施機関コード