

特定保健指導実施管理票

利用者の住所の郵便番号を記入

同封の「特定保健指導利用券」に記載されている番号・年月日を記入

被保険者証等記号	1 2 3 4	被保険者証等番号	5 6 7 8	保険者番号(左側0埋め8桁)	0 6 1 1 0 7 6 1
利用者氏名(カタナ)	姓 ケンポ	名 タロウ	性別	☒ 1.男 ☐ 2.女	
生年月日(和暦)	昭和 4 0 年 0 4 月 0 1 日	利用者郵便番号	3 3 0 - 0 0 6 2		
利用券整理番号	2 1 3 0 0 0 0 0 0 0	利用券有効期限(西暦)	2 0 2 2 年 0 6 月 3 0 日		
実施機関番号	5 5 2 1 1 1 1 1 1 1	代行機関(提出先)	埼玉県医師会健康保険組合		
行動変容ステージ(未記入可)	☐ 1.意志なし ☐ 2.意志あり(3ヶ月以内) ☐ 3.意志あり(近いうち) ☒ 4.取組済み(3ヶ月未満) ☐ 5.取組済み(3ヶ月以上)				

初回面接実施年月日より3ヶ月経過後の日付を記入

初回面接実施情報				最終評価実施情報(3ヶ月経過後)			
初回面接実施年月日	2 0 2 1 年 0 7 月 0 1 日			最終評価実施年月日	2 0 2 1 年 1 0 月 0 2 日		
初回面接時の支援形態	☒ 1.個別支援 ☐ 2.グループ支援			最終評価時の支援形態又は確認方法	☒ 1.個別支援 ☐ 2.グループ支援 ☐ 3.電話 ☐ 4.メール		
初回面接の実施時間	2 0 分			最終評価の実施者	☐ 1.医師 ☐ 2.保健師 ☒ 3.管理栄養士 ☐ 4.その他		
初回面接の実施者	☐ 1.医師 ☐ 2.保健師 ☒ 3.管理栄養士 ☐ 4.その他			最終評価の実施者	☐ 1.医師 ☐ 2.保健師 ☒ 3.管理栄養士 ☐ 4.その他		
目標腹囲	8 5 . 0 cm			最終評価時の腹囲	8 4 . 0 cm		
目標体重	7 5 . 0 kg			最終評価時の体重	7 4 . 0 kg		
目標収縮期血圧(未記入可)	1 2 0 mmHg			最終評価時の収縮期血圧(未記入可)	1 2 0 mmHg		
目標拡張期血圧(未記入可)	7 0 mmHg			最終評価時の拡張期血圧(未記入可)	6 8 mmHg		
一日の削減目標エネルギー量	2 0 0 kcal			生活習慣病の改善(喫煙)(未記入可)	☒ 1.禁煙継続 ☐ 2.非継続 ☐ 3.非禁煙 ☐ 4.禁煙意志なし		
一日の運動による目標エネルギー量	1 0 0 kcal			生活習慣病の改善(身体活動)	☐ 0.変化なし ☒ 1.改善 ☐ 2.悪化		
一日の食事による目標エネルギー量	1 0 0 kcal			生活習慣病の改善(栄養・食生活)	☐ 0.変化なし ☒ 1.改善 ☐ 2.悪化		

- ・個別支援の場合は20分以上(情報通信技術を活用した遠隔面接は30分以上)
- ・グループ支援の場合は80分以上の時間を記入

削除目標とするカロリー量を記入別添、「一日の削減目標エネルギー量作成票」を参考にしてください。

※最終評価終了後に上記の「基本・共通情報」「初回面接情報」「最終評価情報」をご記入のうえ、提出ください。