

特定保健指導実施報告書 兼 入力票 [2回目以降用]

別添5

<input type="checkbox"/> 継続的な支援( 回目) <input type="checkbox"/> 中間評価 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 3.6ヵ月後評価		<input type="checkbox"/> 途中終了 <input type="checkbox"/> 資格喪失によるもの <input type="checkbox"/> 途中脱落によるもの			
保健指導支援レベル		<input type="checkbox"/> 動機付け支援		<input type="checkbox"/> 積極的支援		<input type="checkbox"/> 被保険者証の確認 <input type="checkbox"/> 尼崎国保 <input type="checkbox"/> 被用者保険	
フリガナ氏名		利用券整理番号					
保健指導機関名				保健指導機関番号			
実施日		令和 年 月 日		面接担当者(職種)		氏名 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他	
支援形態及び実施時間(分)		支援Aの場合 <input type="checkbox"/> 訪問( 分) <input type="checkbox"/> 個別( 分) <input type="checkbox"/> グループ( 分) <input type="checkbox"/> 電話( 分) <input type="checkbox"/> 電子メール( 往復)				実施ポイント	
支援Bの場合 <input type="checkbox"/> 個別( 分) <input type="checkbox"/> 電話( 分) <input type="checkbox"/> 電子メール( 往復)							
今回の保健指導を外部に委託した場合は記載							
保健指導機関名				保健指導機関番号			
以下「支援A」、「中間評価」又は「3.6ヵ月後評価」の場合のみ記載							
面接時の値				生活習慣の改善状況			
腹囲	cm			栄養・食生活	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化		
体重	kg			身体活動	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化		
収縮期血圧/拡張期血圧	mmhg	/		喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙継続 <input type="checkbox"/> 非継続 <input type="checkbox"/> 非喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙の意思なし		
保健指導内容							
食事について							
運動について							
禁煙について							
備考							
【積極的支援の場合のみ】 これまでの実施済みポイント (今回実施のポイントも含む)		支援Aでの合計ポイント		+	支援Bでの合計ポイント	=	合計ポイント

※ 支援Aで180ポイント以上、または支援A(最低160ポイント以上)と支援Bの合計で180ポイント以上実施する必要があります。