〔様式①〕
2010年5月版

特定健診データ取り込み依頼書

平成　　年　　月　　日

【保健指導機関情報】

保健指導機関番号	特定保健指導実施機関名 （申込み機関名）
保健指導機関住所 （〒　　－　　）	電話番号 市外局番（　　） － 担当者氏名

【特定健診時情報】<u>※熊本市医師会外の場合は保険者と保険証情報をご記入下さい</u>

契約とりまとめ機関　：　熊本市医師会　・　その他　（　　）			
保険者番号	保険証	記号	
保険者名称		番号	

【保健指導利用者情報】

<u>特定健診受診券</u>整理番号	特定健診実施機関名	
<u>特定保健指導利用券</u>整理番号		
有効期限 平成　　年　　月　　日	窓口負担金 円	特定健診受診日 平成　　年　　月　　日
お名前（フリガナ）		初回面談日（予約日） 平成　　年　　月　　日
自宅住所 （〒　　－　　）		電話番号 市外局番（　　） －
生年月日 明治 大正　　年　　月　　日 昭和	年令 才	性別 男性　・　女性
特定保健指導区分 □　動機付け支援　　□　積極的支援	備考	

【ヘルスケアセンター使用欄】

ﾃﾞｰﾀｱｯﾌﾟ実行日 平成　　年　　月　　日	担当者印	責任者印	連絡欄

熊本市医師会ヘルスケアセンター　　**FAX 096-375-0522**

〔様式②－1〕
2010年5月版

《 目 標 と 計 画 》

受診者情報

フリガナ		〔保健指導実施医療機関名〕
受診者氏名		
〔性別〕 男 ・ 女	〔生年月日〕 （ 歳） 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	保健指導機関番号 □□□□□□□□□□

目標と計画情報

あなたの腹囲は？ ＿＿ cm ⇒ 当面目標とする腹囲は？ ＿＿ cm

あなたの体重は？ ＿＿ kg ⇒ 当面目標とする体重は？ ＿＿ kg

※メタボリックシンドロームの基準値は男性85cm、女性90cmですが、それを大幅に超える場合は、無理をせずに段階的な目標を立てましょう。

〈計算の設定値〉

・確実にじっくりコース　一ヶ月で 0.5 cm × 7,000 kcal ÷ 30 日 ＝ (A) 116.67 kcal/一日当たり

・がんばるコース　一ヶ月で 1 cm × 7,000 kcal ÷ 30 日 ＝ (B) 233.33 kcal/一日当たり

・急いでがんばるコース　一ヶ月で 2 cm × 7,000 kcal ÷ 30 日 ＝ (C) 466.67 kcal/一日当たり

・目標との腹囲差 (F) ＿＿ cm

・目標との体重差 (T) ＿＿ kg

※ 体重1kg ＝ 腹囲1cm ＝ 7,000kcal 換算

〈当面の目標達成までの期間とエネルギー量(コース別)〉

※腹囲と体重のそれぞれで算出し、期間が長い方を目安とします

確実にじっくりコース

腹囲差 (F) ＿＿ cm × 7,000kcal ＝ ＿＿ kcal ÷ (A) 116.67 kcal/日 ＝ ＿＿ 日 ＝ ＿＿ か月

体重差 (T) ＿＿ kg × 7,000kcal ＝ ＿＿ kcal ÷ (A) 116.67 kcal/日 ＝ ＿＿ 日 ＝ ＿＿ か月

がんばるコース

腹囲差 (F) ＿＿ cm × 7,000kcal ＝ ＿＿ kcal ÷ (B) 233.33 kcal/日 ＝ ＿＿ 日 ＝ ＿＿ か月

体重差 (T) ＿＿ kg × 7,000kcal ＝ ＿＿ kcal ÷ (B) 233.33 kcal/日 ＝ ＿＿ 日 ＝ ＿＿ か月

急いでがんばるコース

腹囲差 (F) ＿＿ cm × 7,000kcal ＝ ＿＿ kcal ÷ (C) 466.67 kcal/日 ＝ ＿＿ 日 ＝ ＿＿ か月

体重差 (T) ＿＿ kg × 7,000kcal ＝ ＿＿ kcal ÷ (C) 466.67 kcal/日 ＝ ＿＿ 日 ＝ ＿＿ か月

〈コースの選択〉

(A),(B),(C)のいずれかのコースを○で囲んで下さい。

〔 (A)確実にじっくりコース ・ (B)がんばるコース ・ (C)急いでがんばるコース 〕

〈そのエネルギーはどのように減らしますか？〉

1日あたりに減らすエネルギー ＿＿ kcal/日　運動で ＿＿ kcal/日　食事で ＿＿ kcal/日

目標収縮期血圧 ＿＿ mmHg　目標拡張期血圧 ＿＿ mmHg

（受診者氏名　　）

〔様式②－2〕
2010年5月版

あなたの目標

行動開始日	20　　年　　月　　日	行動終了日	20　　年　　月　　日

目標1	＊全角50字以内
目標2	＊全角50字以内
目標3	＊全角50字以内
目標コメント	＊全角200字以内

保健指導の計画

保健指導コース名 （いずれかひとつを○で囲んで下さい）	動機付け支援 積極的支援（A）　・　積極的支援（B）　・　積極的支援（C） 積極的支援※　（コース名：　　） ※医療機関独自のコースを作成したい場合は、別紙「保健指導コースマスタの作成（積極的支援）」をご提出下さい。

〈 積極的支援の基本コース内容 〉

	積極的支援（A）			積極的支援（B）			積極的支援（C）		
	回数	分	ポイント	回数	分	ポイント	回数	分	ポイント
初回面談	1		—	1		—	1		—
個別A	2	40	160	2	40	160	2	40	160
個別B	2	10	20						
電話B				2	10	20			
E-Mail B							4	20	20
最終評価	1		—	1		—	1		—

※E-Mail B は文書またはFAXでもよい。

〔様式③〕
2010年5月版

《 指 導 実 績 》

受診者情報

フリガナ		〔保健指導実施医療機関名〕
受診者氏名		
〔性別〕 男 ・ 女	〔生年月日〕 （ 歳） 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	保健指導機関番号 □□□□□□□□□□

特定保健指導実績

（項目名に※のあるものはいずれかひとつのみを○で囲んで下さい）

指 導 年 月 日	20 年 月 日	支援時間	分
面接実施者の種類※	医師 ・ 保健師 ・ 管理栄養士 ・ その他		
面接実施者の氏名		場 所	
支 援 の 種 類（支援形態）※	初 回 ⇒ （ 個別A ・ 個別B ・ グループ ） 中間評価 ⇒ （ 個別A ・ 電話A ・ E-MailA ） ★積極的支援の場合請求上必須 継続 ・ 評価(6ヶ月) ・ 中断 ・ 確認、督促 ・ 脱落認定 （ 個別A ・ 個別B ・ グループ ・ 電話A ・ 電話B ・ E-MailA ・ E-MailB ）		

〔保健指導内容の記録(開示)〕

＊全角100字以内

〔 備 考 (非開示) 〕

＊全角200字以内

対象者の評価情報

（項目名に※のあるものはいずれかひとつのみを○で囲んで下さい）

測定日	20 年 月 日	電話番号		FAX番号	
E-Mail					

目標1	実施状況 ※	ほとんど毎日 ・ 週3日以上 ・ 週1～2日 ・ できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標2	実施状況 ※	ほとんど毎日 ・ 週3日以上 ・ 週1～2日 ・ できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標3	実施状況 ※	ほとんど毎日 ・ 週3日以上 ・ 週1～2日 ・ できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内

保健指導による改善	栄養・食生活 ※	変化なし ・ 改善 ・ 悪化	現在の体重	kg	現在の腹囲	cm
	身体活動 ※	変化なし ・ 改善 ・ 悪化	評価時血圧	収縮期 mmHg / 拡張期 mmHg		
	喫 煙 ※	禁煙継続 ・ 非継続 ・ 非喫煙 ・ 禁煙の意志なし				

指導実績の記入方法（初回・継続的支援）

:記入必須箇所　:記入任意箇所　:記入例

▶初回時

《 指 導 実 績 》

受診者情報

フリガナ		〔保健指導実施医療機関名〕
受診者氏名		
〔性別〕 男・女	〔生年月日〕 大正・昭和・平成　年　月　日（　歳）	保健指導機関番号

特定保健指導実績（項目名に※のあるものはいずれか ひとつのみを○で囲んで下さい）

初回時のみ記入

指導年月日	20　年　月　日　面接時間　分
面接実施者の種類※	医師・保健師・管理栄養士・その他
面接実施者の氏名	場所
支援の種類（支援形態）※	初回 ⇒（個別A・個別B・グループ）
	中間評価 ⇒（個別A・電話A・E-MailA）★積極的支援の場合請求上必須
	継続・評価（6ヶ月）・中断・確認、督促・脱落認定（個別A・個別B・グループ・電話A・電話B・E-MailA・E-MailB）

〔保健指導内容の記録（開示）〕

＊全角100字以内

〔備考（非開示）〕

＊全角200字以内

対象者の評価情報（項目名に※のあるものはいずれか ひとつのみを○で囲んで下さい）

測定日	20　年　月　日	電話番号	FAX番号
E-Mail			

目標1	実施状況※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標2	実施状況※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標3	実施状況※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内

記入不要

保健指導による改善	栄養・食生活※	変化なし・改善・悪化	現在の体重	kg	現在の腹囲 cm
	身体活動※	変化なし・改善・悪化	評価時血圧	収縮期 mmHg / 拡張期 mmHg	
	喫煙※	禁煙継続・非継続・非喫煙・禁煙の意志なし			

▶継続的な支援時（※［動機付け支援］は不要、［積極的支援］のみ支援の度に提出）

《 指 導 実 績 》

受診者情報

フリガナ		〔保健指導実施医療機関名〕
受診者氏名		
〔性別〕 男・女	〔生年月日〕 大正・昭和・平成　年　月　日（　歳）	保健指導機関番号

特定保健指導実績（項目名に※のあるものはいずれか ひとつのみを○で囲んで下さい）

継続的な支援時のみ記入

指導年月日	20　年　月　日　面接時間
面接実施者の種類※	医師・保健師・管理栄養士・その他
面接実施者の氏名	場所
支援の種類（支援形態）※	初回 ⇒（個別A・個別B・グループ）
	中間評価 ⇒（個別A・電話A・E-MailA）★積極的支援の場合請求上必須
	継続・評価（6ヶ月）・中断・確認、督促・脱落認定（個別A・個別B・グループ・電話A・電話B・E-MailA・E-MailB）

〔保健指導内容の記録（開示）〕

＊全角100字以内

〔備考（非開示）〕

＊全角200字以内

対象者の評価情報（項目名に※のあるものはいずれか ひとつのみを○で囲んで下さい）

測定日	20　年　月　日	電話番号	FAX番号
E-Mail			

目標1	実施状況※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標2	実施状況※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標3	実施状況※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内

保健指導による改善	栄養・食生活※	変化なし・改善・悪化	現在の体重	kg	現在の腹囲 cm
	身体活動※	変化なし・改善・悪化	評価時血圧	収縮期 mmHg / 拡張期 mmHg	
	喫煙※	禁煙継続・非継続・非喫煙・禁煙の意志なし			

指導実績の記入方法（中間評価・最終評価）

：記入必須箇所　：記入任意箇所　：記入例

▶中間評価時（※［動機付け支援］は不要、［積極的支援］は提出必須）

《 指 導 実 績 》

受診者情報

フリガナ		〔保健指導実施医療機関名〕
受診者氏名		
〔性別〕 男・女	〔生年月日〕 大正・昭和・平成　年　月　日　（　歳）	保健指導機関番号

特定保健指導実績　（項目名に※のあるものはいずれかひとつのみを○で囲んで下さい）

中間評価時のみ参考にOK

指導年月日	年　月　日	支援時間	分
面接実施者の種類	医師・保健師・管理栄養士・その他		
面接実施者の氏名		場所	
支援の種類（支援形態）※	初回 ⇒（個別A・個別B・グループ）		
	中間評価 ⇒（個別A・電話A・E-MailA）★積極的支援の場合請求上必須		
	継続・評価（6ヶ月）・中断・確認、督促・脱落認定（個別A・個別B・グループ・電話A・電話B・E-MailA・E-MailB）		

〔保健指導内容の記録（開示）〕

＊全角100字以内

〔備考（非開示）〕

＊全角200字以内

対象者の評価情報　（項目名に※のあるものはいずれかひとつのみを○で囲んで下さい）

測定日	20　年　月　日	電話番号	FAX番号
E-Mail			

目標1	実施状況 ※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標2	実施状況 ※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標3	実施状況 ※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内

保健指導による改善	栄養・食生活 ※	変化なし・改善・悪化	現在の体重	kg	現在の腹囲	cm
	身体活動 ※	変化なし・改善・悪化	評価時血圧	収縮期 mmHg / 拡張期 mmHg		
	喫煙 ※	禁煙継続・非継続・非喫煙・禁煙の意志なし				

▶最終評価時

《 指 導 実 績 》

受診者情報

フリガナ		〔保健指導実施医療機関名〕
受診者氏名		
〔性別〕 男・女	〔生年月日〕 大正・昭和・平成　年　月　日　（　歳）	保健指導機関番号

特定保健指導実績　（項目名に※のあるものはいずれかひとつのみを○で囲んで下さい）

最終評価時のみ参考にOK

指導年月日	年　月　日	支援時間	分
面接実施者の種類	医師・保健師・管理栄養士・その他		
面接実施者の氏名		場所	
支援の種類（支援形態）※	初回 ⇒（個別A・個別B・グループ）		
	中間評価 ⇒（個別A・電話A・E-MailA）★積極的支援の場合請求上必須		
	継続・評価（6ヶ月）・中断・確認、督促・脱落認定（個別A・個別B・グループ・電話A・電話B・E-MailA・E-MailB）		

〔保健指導内容の記録（開示）〕

＊全角100字以内

〔備考（非開示）〕

＊全角200字以内

対象者の評価情報　（項目名に※のあるものはいずれかひとつのみを○で囲んで下さい）

測定日	20　年　月　日	電話番号	FAX番号
E-Mail			

目標1	実施状況 ※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標2	実施状況 ※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内
目標3	実施状況 ※	ほとんど毎日・週3日以上・週1～2日・できていない
	〔理由〕	＊全角200字以内

保健指導による改善	栄養・食生活 ※	変化なし・改善・悪化	現在の体重	kg	現在の腹囲	cm
	身体活動 ※	変化なし・改善・悪化	評価時血圧	収縮期 mmHg / 拡張期 mmHg		
	喫煙 ※	禁煙継続・非継続・非喫煙・禁煙の意志なし				