

特定保健指導支援計画及び実施報告書 兼 入力票 [初回用]

別添4

<input type="checkbox"/> 特定保健指導利用券の回収		<input type="checkbox"/> 被保険者証の確認 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 尼崎国保</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 被用者保険</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 尼崎国保	<input type="checkbox"/> 被用者保険
<input type="checkbox"/> 尼崎国保					
<input type="checkbox"/> 被用者保険					
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				
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			
保健指導責任者名		保健指導責任者職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士		

支援計画	継続的支援 予定期間	週 (積極的支援の場合のみ)		保健指導コース名	積極的支援コース								積極的支援の場合のみ記載	
	継続的な支援の計画 (積極的支援のみ)	支援形態	回数(回)	実施時間(分)	ポイント	実施体制表(外部委託の場合、委託部分に○)								
		個別A				個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	電子メールA	電子メールB		
		個別B				(機関名)								
		グループ				(機関番号)								
		電話A				(機関名)								
		電話B				(機関番号)								
		電子メールA				(機関名)								
		電子メールB				(機関番号)								
	合計					(機関名)								
				ポイント内訳 (A)	(B)	(機関番号)								

保健指導開始日 (初回面接日)	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	<input type="checkbox"/> 訪問(1人20分以上) <input type="checkbox"/> 個別(1人20分以上) <input type="checkbox"/> グループ(1グループおおむね8人以下でおおむね80分以上)	実際の対応時間(分)	分

行動目標・行動計画			3ヵ月後の目標値	初回面接時の値	初回面接時の行動変容 ステージ	初回面接時の保健指導内容
	腹囲	cm			<input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期	
	体重	kg				
	収縮期血圧/ 拡張期血圧	mmhg	/			
	1日の削減目標 エネルギー量	Kcal				
	1日の運動による目標 エネルギー量	Kcal				
	1日の食事による目標 エネルギー量	Kcal				
3ヵ月後の目標値に向けての行動目標						
3ヵ月後の目標値に向けての行動計画						