

特定保健指導支援計画及び実施報告書

藤沢市特定保健指導プログラム

利用券番号	フリガナ	生年月日
健診受診当日/分割実施である→( )	氏名	昭和 年 月 日( )歳
利用券有効期限 令和 年 月 日	住所 〒 - 藤沢市	1. 男 2. 女 ＜行動変容ステージ＞ 1. 意志なし 2. 意志あり(6カ月以内) 3. 意志あり(近いうち) 4. 取り組み(6カ月以内) 5. 取り組み(6カ月以上)
保険証番号 (06- )	電話 - - 支援レベル : 1. 積極的支援 2. 動機付け支援	
特定保健指導機関番号 14122	特定保健指導機関名称	初回面接実施者(職種)
郵便番号( - )	所在地	電話番号 ( - - )

初回面接日: 年 月 日	初回(分割2回目)面接日: 年 月 日	終了日: 年 月 日	継続的支援予定期間 ( )週
--------------	---------------------	------------	-------------------

支援予定・実施内容	支援形態 ①個別支援 ②グループ支援	支援者の職種 (1)医師 (2)保健師
	③電話 ④電子メール	(3)管理栄養士 (4)その他

予定日	支援形態(①~④)と支援A・Bを記入	予定時間(分)	予定ポイント	支援者の職種((1)~(4)を記入)	実施日	支援形態(①~④)と支援A・Bを記入	実施時間(分)	獲得ポイント	支援者の職種((1)~(4)を記入)	累計ポイント	
										支援A	支援B
月 日	初回面接(個別・グループ)				月 日	初回面接(個別・グループ)					
月 日	A・B				月 日	A・B					
月 日	A・B				月 日	A・B					
月 日	A・B				月 日	A・B					
月 日	A・B				月 日	A・B					
月 日	A・B				月 日	A・B					
月 日	A・B				月 日	A・B					
月 日	3カ月後評価支援形態( )				月 日	3カ月後評価支援形態( )					
計(支援A+支援B)										ポイント	

☆3カ月後評価が出来ない場合の確認電話・メール(手紙)										途中脱落日	
月 日	電話				月 日					月 日	
月 日	電話				月 日					脱落事由	
月 日	メール(手紙)				月 日						

I 既往歴・現病歴(該当する番号に○をつけ年齢・疾患名を記載)				II 家族歴(該当する番号に○をつけ該当者を記載)			
1. 脳血管疾患 ( 歳 )	2. 循環器疾患(狭心症・高血圧など) ( 歳 )	1. 高血圧	2. 心臓病	3. 高脂血症	4. 糖尿病	5. 脳血管疾患	6. 骨粗鬆症
3. 内分泌・代謝疾患(糖尿病など) ( 歳 )	4. 呼吸器・消化器疾患 ( 歳 )	7. 慢性関節リウマチ		8. その他			
5. 腎臓・泌尿器疾患 ( 歳 )	6. 血液・自己免疫疾患 ( 歳 )	仕事・家族・趣味など					
7. 整形外科疾患 ( 歳 )	8. その他 ( 歳 )						

