

## 特定保健指導支援計画及び実施報告書

(様式5)

保健指導対象者名

利用券番号

2 保険者名

保険者番号

保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名

保健指導機関名

保健指導機関番号

保健指導責任者名(職種)

阪国●●

27XXXX

保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名

保健指導機関番号

保健指導責任者名(職種)

271XXXXXX

●●●●(職種)

保健指導区分

	動機付け支援
	積極的支援
	動機付け支援相当

5 保健指導コース名

(例)大阪市国民健康保険特定保健指導●●支援

6 健診実施年月日

令和 年 月 日

継続的支援期間

支援予定期間	XX週
開始(初回面接実施)年月日	令和 年 月 日
終了年月日	令和 年 月 日 XX週

初回面接の支援形態・実施する者の職種

		実績
支援形態		個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)
支援形態(分割実施の場合の2回目)		個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)・電話・電子メール等
健診後早期の初回面接		実施なし・当日・1週間以内(当日は除く)
実施者の氏名		
実施者の職種		医師・保健師・管理栄養士・その他

継続的な支援形態・ポイント(計画)

支援形態	回数	実施時間	ポイント
個別支援(対面)	回	分	P
個別支援(遠隔)	回	分	P
グループ支援(対面)	回	分	P
グループ支援(遠隔)	回	分	P
電話	回	分	P
電子メール等	回		P
合計			P

10 実施体制表(委託事業者)

	個別支援 (対面)	個別支援 (遠隔)	グループ 支援 (対面)	グループ 支援 (遠隔)	電話	電子 メール等
A (機関番号)						
B (機関番号)						
C (機関番号)						
D (機関番号)						

保健指導の評価

1) 中間評価(初回面接から1か月以上経過後)

	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

2) 行動計画の実績評価(中間評価から1か月以上経過かつ初回面接から3か月以上経過)

	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

行動目標・行動計画

設定日時	令和 年 月 日(初回面接)	令和 年 月 日(中間評価)	令和 年 月 日(実績評価)
(設定した目標) 腹囲・体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量 行動目標(食習慣の改善) 行動目標(運動習慣の改善) 行動目標(喫煙習慣の改善) 行動目標(休養習慣の改善) 行動目標(その他の生活習慣の改善)	cm( kg( mmHg mmHg kcal kcal kcal	cm( kg( mmHg mmHg kcal kcal kcal	cm( kg( mmHg mmHg kcal kcal kcal
(設定した計画) 腹囲・体重 行動目標(食習慣の改善) 行動目標(運動習慣の改善) 行動目標(喫煙習慣の改善) 行動目標(休養習慣の改善) 行動目標(その他の生活習慣の改善)	計画なし・1cm・1kg・2cm・2kg 計画あり・計画なし ( 計画あり・計画なし ) ( 計画あり・計画なし ) ( 計画あり・計画なし ) ( 計画あり・計画なし )	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg 未達成・達成・目標なし 未達成・達成・目標なし 禁煙未達成・禁煙達成 非喫煙・禁煙目標なし 未達成・達成・目標なし 未達成・達成・目標なし	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg 未達成・達成・目標なし 未達成・達成・目標なし 禁煙未達成・禁煙達成 非喫煙・禁煙目標なし 未達成・達成・目標なし 未達成・達成・目標なし
(変更理由)			
計画上のポイント(アウトカム評価の合計)	P	P	P

### 13 保健指導の実施状況

#### 1)初回面接による支援

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施 年月日	実施 時間	腹囲 (cm)	体重 (kg)	収縮期 血圧 (mmHg)	拡張期 血圧 (mmHg)	保健指導実施内容
初回	( )	<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 ( )							行動変容ステージ  <input type="checkbox"/> 意思なし <input type="checkbox"/> 意思あり(6か月以内) <input type="checkbox"/> 意思あり(近いうち) <input type="checkbox"/> 取得済み(6か月未満) <input type="checkbox"/> 取得済み(6か月以上)
2回目 (分割実施 の場合)	( )	<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 ( )							

#### 2)継続的な支援(プロセス評価)

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施 年月日	腹囲	体重	収縮期 血圧	拡張期 血圧	生活習慣の 改善状況	実施形態	支援 ポイント	累計 ポイント	コメント (任意)
2回目 □中間 □終了 □実績	( )	<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 ( )		cm ( cm減)	kg ( kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 体重管理の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面)( 分) 個別支援(遠隔)( 分) グループ支援(対面)( 分) グループ支援(遠隔)( 分) 電話( 分) 電子メール等( 往復)			
3回目 □中間 □終了 □実績	( )	<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 ( )		cm ( cm減)	kg ( kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 体重管理の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面)( 分) 個別支援(遠隔)( 分) グループ支援(対面)( 分) グループ支援(遠隔)( 分) 電話( 分) 電子メール等( 往復)			
4回目 □中間 □終了 □実績	( )	<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 ( )		cm ( cm減)	kg ( kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 体重管理の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面)( 分) 個別支援(遠隔)( 分) グループ支援(対面)( 分) グループ支援(遠隔)( 分) 電話( 分) 電子メール等( 往復)			
5回目 □中間 □終了 □実績	( )	<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 ( )		cm ( cm減)	kg ( kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 体重管理の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面)( 分) 個別支援(遠隔)( 分) グループ支援(対面)( 分) グループ支援(遠隔)( 分) 電話( 分) 電子メール等( 往復)			

#### 14 行動計画の実績評価(アウトカム評価)腹囲・体重は必須

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施 年月日	腹囲	体重	収縮期 血圧	拡張期 血圧	目標の種類と改善	支援形態	ポイント (累計)
実績評価	( )	<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 ( )		cm ( cm減)	kg ( kg減)	mmHg	mmHg	腹囲・体重の改善	未達成・ 1cm・1kg・2cm・2kg	個別支援(対面)( 分) 個別支援(遠隔)( 分) グループ支援(対面)( 分) グループ支援(遠隔)( 分) 電話( 分) 電子メール等( 往復)
								食習慣の改善	未達成・達成・目標なし	
								運動習慣の改善	未達成・達成・目標なし	
								喫煙習慣の改善	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし	
								休養習慣の改善	未達成・達成・目標なし	
								その他の生活習慣の改善	未達成・達成・目標なし	
								コメント(任意)		

#### 15 評価合計ポイント(プロセス評価・アウトカム評価)

プロセス評価	アウトカム評価	合計
初回面接	継続的な支援	