（様式１）

　　　　年　　　　月　　　　日

全国健康保険協会石川支部

保健グループ長　殿

実施機関名

担当者

全国健康保険協会管掌健康保険

**特定保健指導における服薬確認報告書**

　令和６年４月１日以降の特定健診受診者について、血圧等の服薬開始により特定保健指導を

中断する対象者の状況を報告いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支部 - 記号 - 番号 | 氏名（ カ　ナ ） | 健診受診年月日  （西暦●/●/●） | 初回面談年月日  （西暦●/●/●） | 服薬確認年月日  （西暦●/●/●） |
| ・　　　　　　　　・ |  | / 　　 / | / 　　 / | / 　　 / |

被扶養者の場合は被扶養者番号も記載

（　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 服薬開始となった理由等について |
| 血圧 | **※いずれか１つに☑**  □質問票記載違い  □健診以後開始（初回面談までに判明した場合）  □保健指導以後開始（初回面談以降に判明した場合）  □服薬なし |
| 血糖 | **※いずれか１つに☑**  □質問票記載違い  □健診以後開始（初回面談までに判明した場合）  □保健指導以後開始（初回面談以降に判明した場合）  □服薬なし |
| 脂質 | **※いずれか１つに☑**  □質問票記載違い  □健診以後開始（初回面談までに判明した場合）  □保健指導以後開始（初回面談以降に判明した場合）  □服薬なし |