

- 積極的支援
- 動機付け支援
- 動機付け支援相当

連絡先等のお伺い

特定保健指導を実施するにあたり、下記に連絡先等をご記入ください。
 なお、ご提供いただいた個人情報は保健事業以外には使用いたしません。

初回面談日				担当者
令和	年	月	日	

■連絡方法

ピンクの項目について、ご本人様がもれなくご記入ください。

【連絡先】 (必須) 特定保健指導の資料を郵送いたします。郵送物を受け取りやすい住所をご記入ください。	〒 _____ 都道府県 _____																
	ビル名・建物名称（お部屋番号までご記入ください） <input type="checkbox"/> 会社の住所 <input type="checkbox"/> 自宅の住所 <input type="checkbox"/> その他の住所																
【連絡方法】 (必須) 支援時や、確認等でお電話をさせていただく場合がありますので、必ずご記入ください。	方法	電話番号 平日 9:00~18:00										優先順位	希望時間帯・曜日				
	自宅電話																
	携帯電話																
	お勤め先電話																
事業所情報	ご担当者様宛					☎ご担当者様宛					- -						
【メール】 (メールコース必須) @マーク前までをください <input type="checkbox"/> QRコード送信済み																	
@以後は右欄からご選択ください	<input type="checkbox"/> @gmail.com				<input type="checkbox"/> @softbank.ne.jp				<input type="checkbox"/> @i.softbank.jp								
	<input type="checkbox"/> @yahoo.co.jp				<input type="checkbox"/> @docomo.ne.jp				<input type="checkbox"/> @au.com								
	<input type="checkbox"/> @ezweb.ne.jp				<input type="checkbox"/> @hotmail.com				<input type="checkbox"/> @icloud.com								
選択肢にない場合は右欄にご記入ください	@																

<以下は協会けんぽの記入欄のため、記入は不要です。>

フリガナ											性別	男性	女性			
お名前	様										生年月日	昭和	年	月	日	
会社名																
支部コード・記号・番号	支部コード:	記号:												番号:		
保健指導コース	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> 電話															
セルフモニタリング										<input type="checkbox"/> 体重測定表をつかう						
連絡先(データにあり) データを対象者様に確認した場合は✓をお願いします	住所						電話				メール					
■受診確認及び勧奨																
<input type="checkbox"/> 受診勧奨実施 () について、() を受診する																

■体重・腹囲

初回腹囲		cm	→	目標腹囲		cm
初回体重		kg	→	目標体重		kg

全国健康保険協会 大阪支部 保健グループ

初回面談記入欄

■特記事項

①目標設定の背景	
②取り組みの自信度	
③保健指導の回数	
④健康に関する関心度	
⑤ダイエット経験	
⑥初回面談までの取り組み状況	
⑦体重計の有無	
⑧ご本人様のご希望	
⑨その他特記事項	
⑩所感	