

特定保健指導当日実施／分割実施用チェックシート

氏名	健診日	健診受診券番号				生年月日
	/	231000				S . .

注意: S24.3.31以前の生年月日の方は、今年度中に75歳になってしまうため、実施しないでください。

★健診当日

検査項目	検査値等	基準	該当チェック
服薬確認		血圧・脂質・血糖の服薬なし	<input checked="" type="checkbox"/>
腹囲	男・女 cm	男性85cm以上 女性90cm以上	<input checked="" type="checkbox"/>
BMI		25以上	<input checked="" type="checkbox"/>
血圧	/	収縮130mmHg以上 拡張85mmHg以上	<input checked="" type="checkbox"/>
喫煙歴	有・無		
65歳以上	該当・非該当	※年度末の年齢で判定	

→ 服薬があると特定保健指導対象外です。治療優先になります。

・・・健診当日のスクリーニングを行う場合必須

★特定保健指導判定時

□ 腹囲で該当の場合

検査項目	検査値等	基準	該当チェック
血圧	/	収縮130mmHg以上 拡張85mmHg以上	<input checked="" type="checkbox"/>
中性脂肪	mg/dl	150mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/>
HDLコレステロール	mg/dl	40mg/dl未満	<input checked="" type="checkbox"/>
空腹時血糖	mg/dl	100mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/>
HbA1c	%	5.6%以上 ※空腹時血糖優先	<input checked="" type="checkbox"/>

判定
1つ <input type="checkbox"/> (喫煙歴なしまたは65歳以上) 動機付け支援 <input type="checkbox"/> (65歳未満で喫煙歴あり) 積極的支援
2つ以上 <input type="checkbox"/> (65歳以上) 動機付け支援 <input type="checkbox"/> (65歳未満) 積極的支援

□ BMIで該当の場合

検査項目	検査値等	基準	該当チェック
血圧	/	収縮130mmHg以上 拡張85mmHg以上	<input checked="" type="checkbox"/>
中性脂肪	mg/dl	150mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/>
HDLコレステロール	mg/dl	40mg/dl未満	<input checked="" type="checkbox"/>
空腹時血糖	mg/dl	100mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/>
HbA1c	%	5.6%以上 ※空腹時血糖優先	<input checked="" type="checkbox"/>

判定
1つ <input type="checkbox"/> 動機付け支援
2つ <input type="checkbox"/> (喫煙歴なしまたは65歳以上) 動機付け支援 <input type="checkbox"/> (65歳未満で喫煙歴あり) 積極的支援
3つ <input type="checkbox"/> (65歳以上) 動機づけ支援 <input type="checkbox"/> (65歳未満) 積極的支援

*健康づくり課記入欄

利用券番号