

令和3年度

札幌市国保特定健診、後期高齢者健診  
及び特定保健指導に係る  
実施結果データ化業務

業 務 仕 様 書

札 幌 市

## 1 業務名

札幌市国保特定健診、後期高齢者健診及び特定保健指導に係る実施結果データ化業務

## 2 業務概要

札幌市国保特定健診、後期高齢者健診、特定保健指導の実施医療機関から送付される実施結果をデータ化し、審査支払機関である北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に提出する。

## 3 業務期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで

## 4 データの仕様

- (1) データ化にあたっては、厚生労働省の「令和2年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（令和2年3月31日 健発 0331 第7号、保発 0331 第2号）、及び特定健康診査・特定保健指導の電子的な標準様式の仕様に関する資料（平成30年度以降実施分）に記載されたファイル仕様に基づくものとする。
- (2) エラー基準等の仕様は、国民健康保険中央会が定める仕様に基づくものとする。
- (3) 提出する媒体等の仕様は、国保連が定める仕様に基づくものとする。

## 5 業務の流れ

- (1) 実施医療機関から送付される入力表の受領
  - ア 健診：受診結果通知表（様式A-2）
  - イ 保健指導：特定保健指導個人票（様式1-1、1-2）
- (2) 送付箋、受診券・質問票（健診もしくは後期健診）、利用券（保健指導）の添付確認（書類の不足や記入漏れ、誤りが無いか等）
- (3) 入力表に基づくパンチ入力
- (4) 論理エラーのチェック（国民健康保険中央会、国保連のホームページ参照）
- (5) エラーデータとなった健診・保健指導実施医療機関への連絡
- (6) エラーデータ分の補正入力または入力表の返還
- (7) 正当データのXML形式ファイルの作成
- (8) 正当データの国保連への提出（毎月1回）
- (9) 健診・保健指導実施医療機関への入力表の返還

## 6 入力表に基づくパンチ入力及びデータの作成

### (1) 入力作業

入力表に記載された健診・保健指導結果について、パンチ入力を行う。

### (2) データ作成

ア 健診：該当データにより、別表に基づき保健指導レベル（1 積極的支援、2 動機づけ支援、3 なし、4 判定不能）の判定を行ったうえ、国保連への提出データ（健診結果、決済情報）を作成する。

イ 保健指導：該当データにより、国保連への提出データ（保健指導結果、決済情報）を作成する。

## 7 実施医療機関から送付される入力表等

### (1) 共通

ア 特定健診・後期高齢者健診・特定保健指導 結果送付箋（別紙1）

### (2) 特定健診・後期高齢者健診

ア 札幌市健康診査受診結果通知表（様式A-2）（別紙2）

イ 札幌市健康診査質問票（様式B-1-2）・後期高齢者健診質問票（様式B-2-2）（別紙3）

ウ 特定健診受診券・後期高齢者健診受診券（別紙4）

### (3) 特定保健指導

ア 特定保健指導個人票（様式1-1、1-2）（別紙5）

イ 特定保健指導利用券（別紙6）

## 8 国保連への電磁的記録の提出

(1) 提出用の電子媒体は、MO、FD 又はCD-R のいずれかとする。

(2) 提出用のデータファイル（国が定める電子的な標準様式によるファイル[XML形式]）は、支払基金より配布されている暗号化・復号化ソフトにて暗号化のうえ、電子媒体に保存する。なお、提出される電子媒体には、国保連が指定するとおり表記すること。

(3) 毎月指定された期日までに、国保連へ(2)の電子媒体に「特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書」を添付のうえ、持参又は郵送（書留等）で提出すること。

(4) 国保連で受付後、「特定健診・特定保健指導 データ受領書」により受領した件数を確認すること。

## 9 提出書類

受託者は、業務完了後、次表に定める書類を本市に提出すること。

| 提出書類  | 説明                           |
|-------|------------------------------|
| 完了届   | 役務-第9号様式                     |
| 件数内訳表 | 健診実施医療機関ごとの件数の内訳<br>(様式ア及びイ) |

上表に示す書類のほか、本市で必要とするものは、その都度提出すること。

## 10 請求金額

札幌市に請求できる金額については、契約単価に正当データとして国保連に提出した件数を乗じて得た金額とする。

## 11 想定年間データ化件数

### (1) 件数

| 区分            | 健診実施件数   |
|---------------|----------|
| 特定健診          | 17,000 件 |
| 後期高齢者健診       | 10,000 件 |
| 特定保健指導 動機づけ支援 | 100 件    |
| 特定保健指導 積極的支援  | 30 件     |
| 計             | 27,130 件 |

### (2) その他

ア 詳細健診実施の割合は、特定健診の 70.6%、年間 12,002 件を見込む。

イ 付加健診同時実施の割合は、特定健診、後期高齢者健診の 82.7%、年間 22,329 件を見込む。

ウ 特定健診、後期高齢者健診において、入力項目の不備により健診実施機関への確認が必要となる割合は 6.0%、年間 1,620 件を見込む。

エ 特定健診、後期高齢者健診において、所見欄に記載される割合は、全体の入力カラム数で 30.0%を見込む。

オ 特定保健指導動機づけ支援の件数は 100 件、初回面接の割合は、60.0%、年間 60 件、終回の割合は 40.0%、年間 40 件を見込む。

カ 特定保健指導積極的支援の件数は 30 件、初回面接の割合は、60.0%、年間 18 件、終回の割合は 40.0%、年間 12 件を見込む。

- キ 特定保健指導動機づけ支援と積極的支援の件数は130件、入力項目の不備により特定保健指導実施機関への確認が必要となる割合は6.0%、年間8件を見込む。
- ク ヘモグロビンA1cはNGSP値のみ取り扱う。

## 12 札幌市から提供する資料等

札幌市から、上記6の入力表見本のほか、実施医療機関向けに配布する「令和3年度国民健康保険特定健康診査・後期高齢者健康診査等取扱要領」を令和3年3月中旬に提供する。その他業務に必要な資料及び資材は受託者が用意すること。

## 13 環境に対する配慮

作業全般に渡って、未使用パソコン、プリンタなどの機器の電源切断の励行による節電、使用する用紙の両面印刷による紙の節約、再生紙を積極的に利用することなど、環境に配慮した資源の利用に留意すること

## 別表

### 保健指導レベルの判定について

※ 平成19年12月28日厚生労働省令第157号では、**階層化の基準**を次のように定めています。

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>ステップ1</b>                               | 内臓脂肪に着目してリスクを判定 |
| ・ <b>腹囲</b> M $\geq$ 85cm、F $\geq$ 90cm    | →(1)            |
| ・ <b>腹囲</b> M<85cm、F<90cm かつ BMI $\geq$ 25 | →(2)            |

|              |   |
|--------------|---|
| <b>ステップ2</b> | 検査結果、質問票より追加リスクをカウント  |
| ① <b>血糖</b>  | a 空腹時血糖 100mg/dl 以上または b ヘモグロビンA1c 5.6% 以上<br>または c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)<br>※血糖について、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、 <b>空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。</b> |
| ② <b>脂質</b>  | a 中性脂肪 150mg/dl 以上 または b HDLコレステロール 40mg/dl 未満<br>または c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)   |
| ③ <b>血圧</b>  | a 収縮期 130mmHg 以上 または b 拡張期 85mmHg 以上<br>または c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)   |
| ④ <b>質問票</b> | 喫煙歴あり(①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)  |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>ステップ3</b> | ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け  |
| (1)の場合       | ①～④リスクのうち<br>追加リスクが 2以上の対象者は <b>積極的支援レベル</b> (下記※)<br>1の対象者は <b>動機付け支援レベル</b><br>0の対象者は <b>情報提供レベル</b> とする。      |
| (2)の場合       | ①～④のリスクのうち<br>追加リスクが 3以上の対象者は <b>積極的支援レベル</b> (下記※)<br>1または2の対象者は <b>動機付け支援レベル</b><br>0の対象者は <b>情報提供レベル</b> とする。 |

|   |
|---|
| <b>ステップ4</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。</li><li>○ 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。</li></ul> |

※健診受診年度が平成30年度以降で、札幌市国保健康推進担当課での階層化作業において積極的支援レベルに該当した者のうち、前年度も積極的支援レベルに該当しかつ積極的支援を終了した人で、腹囲及び体重の値が前年度の特定健康診査の結果に比べ改善(基準あり)している人は、保健指導区分を「動機付け支援相当」とする。  
(但し、初回相談早期実施及び分割実施する者は除く。)

# 完了届

年 月 日

(あて先) 札幌市長

住 所  
商号又は名称  
職 ・ 氏 名

印

名 称

上記役務は、 年 月 日に完了したのでお届けします。  
(なお、完了した役務の内容は、作業日誌等にて逐次報告したとおりです。)

|    |       |           |   |
|----|-------|-----------|---|
| 受付 | 年 月 日 | 完了を確認した職員 | 印 |
|----|-------|-----------|---|

| 課 長 | 係 長 | 係 |
|-----|-----|---|
|     |     |   |

年 月 日上記のとおり完了届の提出があったので、この役務の履行検査に係る検査員及び立会人については次の者に命じ、 年 月 日に検査を実施してよろしいか。

検査員 職 氏 名

立会人 職 氏 名







札幌市

特定健診・後期高齢者健診・特定保健指導 結果送付箋

令和 年 月実施分

※特定健診、後期高齢者健診、特定保健指導はそれぞれ別に綴る。該当する区分に○を付ける

|            |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
| 特定健診等機関コード |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 医療機関名      |  |  |  |  |      |  |  |  |  |
| 担当者氏名      |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |
| 住所 〒 ー 区   |  |  |  |  |      |  |  |  |  |

|        |   |       |   |     |   |         |   |
|--------|---|-------|---|-----|---|---------|---|
| 今回送付件数 | 件 | 健診結果表 | 枚 | 質問票 | 枚 | 保健指導個人票 | 件 |
|--------|---|-------|---|-----|---|---------|---|

《特定健診・後期高齢者健診》

| 内 訳                                       | 実施費用          |        |        | 自己負担額  |        |      |       |         |     |      |       | 差引請求額 |   |   |
|---|---------------|--------|--------|--------|--------|------|-------|---------|-----|------|-------|-------|---|---|
|   | 件数            | 委託単価   | 金額     | 特定健診   |        |      |       | 後期高齢者健診 |     |      |       |       |   |   |
|   |               |        |        | 徴収(件)  | 単 価    | 金 額  | 免除(件) | 徴収(件)   | 単 価 | 金 額  | 免除(件) |       |   |   |
| ①基本健診                                     |               | 8,591円 | 円      |        | 1,200円 | 円    |       |         |     | 500円 | 円     |       | 円 |   |
| ②付加健診                                     |               | 1,661円 | 円      |        | 500円   | 円    |       |         |     | 500円 | 円     |       | 円 |   |
| (付加健診と詳細健診を同時にを行った分は②には計上せず、③と④で集計してください) |               |        |        |        |        |      |       |         |     |      |       |       |   |   |
| ③詳細健診                                     | 1 貧 血         |        | 231円   | 円      |        |      |       |         |     |      |       |       | 円 |   |
|   | 2 心電図         |        | 1,430円 | 円      |        |      |       |         |     |      |       |       | 円 |   |
|   | 眼底            | 提携あり   |        | 6,534円 | 円      |      |       |         |     |      |       |       |   | 円 |
|   |               | 自ら実施   |        | 1,232円 | 円      |      |       |         |     |      |       |       |   | 円 |
| ④詳細健診と付加健診を同時に実施した際の調整                    | 詳細健診で貧血+心電図実施 |        | 0円     | 円      |        |      |       |         |     |      |       |       | 円 |   |
|   | 詳細健診で貧血実施     |        | 1,430円 | 円      |        | 500円 | 円     |         |     |      |       |       | 円 |   |
|   | 詳細健診で心電図実施    |        | 231円   | 円      |        |      |       |         |     |      |       |       | 円 |   |
| 合 計                                       |               |        |        |        |        | 円    |       |         |     | 円    |       | 円     |   |   |

※付加健診を受診しない場合(詳細健診なしの場合は①のみ、詳細健診ありの場合は①と③)  
 ※付加健診を受診する場合(詳細健診なしの場合は①と②、詳細健診ありの場合は①と③と④)  
 ※件数についても“たて計”を記入

《特定保健指導》

| 内 訳     | 施設利用型 |      |         | 訪問型 |      |         | 運動施設利用型 |      |         |   |
|---------|-------|------|---------|-----|------|---------|---------|------|---------|---|
|         | 件数    | 委託単価 | 金額      | 件数  | 委託単価 | 金額      | 件数      | 委託単価 | 金額      |   |
| 動機付け支援  | 初 回   |      | 8,610円  | 円   |      | 12,658円 | 円       |      |         |   |
|         | 実績評価  |      | 2,153円  | 円   |      | 3,165円  | 円       |      |         |   |
| 積極的支援   | 初 回   |      | 11,218円 | 円   |      | 15,266円 | 円       |      | 12,628円 | 円 |
|         | 実績評価  |      | 16,826円 | 円   |      | 22,898円 | 円       |      | 18,942円 | 円 |
| 途 中 終 了 |       |      |         | 円   |      |         | 円       |      |         | 円 |
| 合 計     |       |      |         | 円   |      |         | 円       |      |         | 円 |

※件数についても“たて計”を記入  
 ※途中終了については件数と合計金額を記入し、詳細は個人記録票に記入

札幌市健康診査 受診結果通知表
国保特定健診、後期高齢者健診、生活保護・支援給付世帯健診

Header information form including insurance type (国保特定健診, 後期高齢者健診, etc.), name, date of birth, sex, and address.

Medical history section (既往症, 自覚症状, 他覚症状) with checkboxes for specific symptoms and observation notes.

Main examination results section (健診結果) containing tables for physical measurements (body weight, height), blood pressure, cholesterol, liver enzymes, and other lab tests.

Additional examination items (付加健診項目) section including white blood cell count, hematology, ECG, and fundus examination results.

Reference table (参考) section providing criteria for detailed examinations and judgment based on various test results.

Table for decision information request classification (決済情報請求区分) showing categories like National Health Insurance, Late Elderly, etc.

Physician's diagnosis and judgment (医師の診断・判定) section with checkboxes for abnormality, observation, and treatment status.

Metabolic Syndrome Judgment (メタボリックシンドローム判定) section with checkboxes for criteria like waist circumference and blood pressure.

Health examination facility code (健診実施機関コード) and name/phone number section.

Table for contract unit classification (契約単価区分) listing fees for basic, additional, and detailed examinations.

Summary calculation section (請求金額) showing total examination fees and burden amounts.



# 札幌市健康診査 質問票

(入力票)

様式 B-1-2 (2.4改)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 氏名 | 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳) |
|----|--------------------------|

※受診者控え(一番下の用紙)の裏面にある注意事項をご確認のうえ受診してください。

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| この検査前に最後に飲食(水やお茶以外)されたのはいつですか | 前日・本日 午前・午後 時 分 ころ |
|-------------------------------|--------------------|

医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す。(わからない場合は、主治医にご確認ください。)

| No. | 質問項目   | 回答欄(該当する番号を必ず1つ○で囲んでください)  |
|-----|--|--|
| 1   | 現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 2   | 現在、インスリン注射をしているか又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 3   | 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 4   | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 5   | 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 6   | 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているとされたり、治療(人工透析)を受けていますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 7   | 医師から、貧血と言われたことがありますか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 8   | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)  | 1 はい 2 いいえ   |
| 9   | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 10  | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上行っていますか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 11  | 日常生活において歩行や家事、庭仕事などの生活活動を1日1時間以上行っていますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 12  | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。  | 1 はい 2 いいえ   |
| 13  | 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。   | 1 なんでもかんで食べることができる<br>2 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br>3 ほとんどかめない  |
| 14  | 人と比較して食べる速度が速いですか。   | 1 速い 2 ふつう<br>3 遅い   |
| 15  | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 16  | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることがありますか。  | 1 毎日 2 時々<br>3 ほとんど摂取しない   |
| 17  | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 18  | お酒を飲みますか。  | 1 毎日 2 時々<br>3 ほとんど飲まない・飲めない   |
| 19  | No.18で1又は2に○をつけた方にお尋ねします。清酒に換算して1日あたりの飲酒量をお答えください。<br>清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | 1 1合未満<br>2 1~2合未満<br>3 2~3合未満<br>4 3合以上   |
| 20  | 睡眠で休養が十分とれていますか。   | 1 はい 2 いいえ   |
| 21  | 健康のために運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いませんか。  | 1 改善するつもりはない<br>2 改善するつもりである(概ね6か月以内)<br>3 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている。<br>4 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)。<br>5 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)。 |

様式B-2-2 [24改]

## 札幌市後期高齢者健康診査 質問票

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 氏名 | 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳) |
|----|--------------------------|

※受診者控え(一番下の用紙)の裏面にある注意事項をご確認のうえ受診してください。

| No. | 質問項目                                      | 回答欄(該当する番号を必ず1つ○で囲んでください)                   |
|-----|---|---|
| 1   | あなたの現在の健康状態はいかがですか。                       | 1 よい 2 まあよい<br>3 ふつう<br>4 あまりよくない<br>5 よくない |
| 2   | 毎日の生活に満足していますか。                           | 1 満足 2 やや満足 3 やや不満 4 不満                     |
| 3   | 1日3食きちんと食べていますか。                          | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 4   | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。<br>※さきいか、たくあんなど  | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 5   | お茶や汁物等でむせることがありますか。                       | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 6   | 6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか。                 | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 7   | 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。                 | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 8   | この1年間に転んだことがありますか。                        | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 9   | ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。                  | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 10  | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていま<br>すか。 | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 11  | 今日が何月何日かわからない時がありますか。                     | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 12  | あなたはたばこを吸いますか。                            | 1 吸っている<br>2 吸っていない<br>3 やめた                |
| 13  | 週に1回以上は外出していますか。                          | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 14  | ふだんから家族や友人との付き合いがありますか。                   | 1 はい 2 いいえ                                  |
| 15  | 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。                  | 1 はい 2 いいえ                                  |

### 特定健診（国保）受診券

令和  
3年度

## とくとく健診受診券 (特定健診)

年 月 日

|         |   |   |      |
|---------|---|---|------|
| 受診券整理番号 |   |   |      |
| 氏 名     |   |   |      |
| 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 性別 |
| 有 効 期 限 | 年 | 月 | 日    |

令和3年4月1日以降使用できます。

窓口での自己負担額

| 健診内容      | 実施医療機関 | 住民集団健診 |
|-----------|--------|--------|
| 基本健診      |        |        |
| 付加健診(希望制) |        |        |

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 付加健診項目<br>(基本健診と同時に受診) | 心電図検査、貧血検査、白血球数 |
| 詳細健診項目(※)              | 心電図検査、貧血検査、眼底検査 |

※詳細項目は、一定の条件に合致し、医師が必要と認めた場合のみ実施し、自己負担額は無料です。

0 0 0 1 0 0 1 7

保 険 者  
札幌市中央区北1条西2丁目  
札幌市(国民健康保険)  
Tel. 211-2887

支払代行機関 北海道国民健康保険団体連合会  
札幌市内に限り有効

修正記入欄

↑ミシン目から切り取り、折ってご利用ください。

### 後期高齢者健診受診券

令和  
3年度

## 後期高齢者健診受診券

年 月 日

|         |   |   |      |
|---------|---|---|------|
| 受診券整理番号 |   |   |      |
| 氏 名     |   |   |      |
| 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 性別 |
| 有 効 期 限 | 年 | 月 | 日    |

令和3年4月1日以降使用できます。

窓口での自己負担額

| 健診内容      | 実施医療機関 | 住民集団健診 |
|-----------|--------|--------|
| 後期高齢者健診   |        |        |
| 付加健診(希望制) |        |        |

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 付加健診項目<br>(後期高齢者健診と<br>同時に受診) | 心電図検査、貧血検査、白血球数 |
|-------------------------------|-----------------|

歯科健診に使用する目的で受診券の発行・再発行はできません。

3 9 0 1 1 0 0 2

受 託 実 施 者  
札幌市中央区北1条西2丁目  
札幌市  
Tel. 211-2887

支払代行機関 北海道国民健康保険団体連合会  
札幌市内に限り有効

修正記入欄

後期高齢者健診を受診される皆さんへ

- ◎ 健診にはこの受診券と「被保険者証」(または「被保険者資格証明書」)が必要ですので必ずご持参ください。
- ◎ 健診の前日は、アルコールの摂取や激しい運動は控えましょう。
- ◎ 午前中に健診を受診する場合は、できるだけ朝食をとらないでください。
- ◎ 午後に健診を受診する場合は、軽めの朝食をとり、健診までの飲食物(水は摂取可)は控えましょう。

3面に「後期高齢者健診受診上の注意事項」がありますのでご覧ください。

↑ミシン目から切り取り、折ってご利用ください。

実施機関名

実施機関コード

(様式C)

特定保健指導個人票(動機付け支援・動機付け支援相当一動機付け支援)

被保険者証

記号

国札

番号

## 1 対象者情報

|         |          |    |     |
|---------|----------|----|-----|
| 利用券番号   | フリガナ     | 姓  | 名   |
|         | 氏名       |    |     |
| 利用券有効期限 | 令和 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 支援コース   | 施設型・訪問型  | 住所 | 〒 区 |

## 2 担当者

|      |                  |
|------|------------------|
| 担当者名 | 医師・保健師・管理栄養士・看護師 |
|------|------------------|

## 3 行動目標・行動計画

|               | 目標値    | 行動目標 | 行動計画 |
|---------------|--------|------|------|
| 腹囲            | cm     |      |      |
| 体重            | kg     |      |      |
| 血圧            | / mmHg |      |      |
| 1日の削減目標エネルギー量 | kcal   |      |      |
| 運動による削減エネルギー量 | kcal   |      |      |
| 食事による削減エネルギー量 | kcal   |      |      |

## 4 初回の面接による支援

|       |   |  |   |
|-------|---|--|---|
| 実施年月日 | 令和 年 月 日  | 行動変容ステージ                                   | 保健指導実施内容  |
| 支援形態  | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ | <input type="checkbox"/> 無関心期:意志なし         | <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> たばこ |
| 実施時間  | 分   | <input type="checkbox"/> 関心期:意志あり(6か月以内)   | <input type="checkbox"/> ( )  |
| 身体状況  | 腹囲  | <input type="checkbox"/> 準備期:意志あり(概ね1か月以内) | <input type="checkbox"/> 訪問(自宅、職場)  |
|       | 体重  | <input type="checkbox"/> 実行期:取組済み(6か月未満)   |   |
|       | 血圧  | <input type="checkbox"/> 維持期:取組済み(6か月以上)   |   |
| 実施者   |   | 医師・保健師・管理栄養士・看護師                           |   |

## 5 実績評価

|                      |  |   |   |
|----------------------|--|---|---|
| 実施年月日                | 令和 年 月 日   | 生活習慣改善の状況   | 保健指導実施内容及び評価  |
| 支援形態                 | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ<br>通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 | 【食生活】<br>変化なし / 改善 / 悪化                           | <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> ( ) |
| 身体状況                 | 腹囲   | 【身体活動】<br>変化なし / 改善 / 悪化                          |   |
|                      | 体重   | 【たばこ】<br>吸わない / 禁煙継続                              |   |
|                      | BMI  | 禁煙中断 / 禁煙の意思なし <input type="checkbox"/> 訪問(自宅、職場) |   |
| 血圧                   | / mmHg   |   |   |
| 実績評価ができない場合の確認(督促)回数 |  | 電話( 回)  | FAX・手紙送付( 回)  |
| 実施者(評価実施)            |  | 医師・保健師・管理栄養士・看護師                                  | その他( 回)   |

※対象者から評価データが得られないために実績評価が完了できない場合は確認(督促)回数を記入。その場合、実施年月日は最終の確認を行った日付とする。

## 6 行動目標・行動計画の再設定【目標を再設定した場合に記入】

|               | 目標値    | 行動目標 | 行動計画 |
|---------------|--------|------|------|
| 腹囲            | cm     |      |      |
| 体重            | kg     |      |      |
| 血圧            | / mmHg |      |      |
| 1日の削減目標エネルギー量 | kcal   |      |      |
| 運動による削減エネルギー量 | kcal   |      |      |
| 食事による削減エネルギー量 | kcal   |      |      |

## 7 終了

|     |                               |          |
|-----|-------------------------------|----------|
| 終了  | <input type="checkbox"/> 完了   | 令和 年 月 日 |
|     | <input type="checkbox"/> 資格喪失 |          |
|     | <input type="checkbox"/> 途中脱落 |          |
| 理由: |                               |          |

## 決済情報請求区分

| 契約単価区分  | 契約単価                             |
|---------|----------------------------------|
| 初回      |                                  |
| 1 施設利用型 | <input type="checkbox"/> 8,381円  |
| 2 訪問型   | <input type="checkbox"/> 12,355円 |
| 評価      |                                  |
| 1 施設利用型 | <input type="checkbox"/> 2,095円  |
| 2 訪問型   | <input type="checkbox"/> 3,089円  |

実施機関名

実施機関コード

(様式 D)

特定保健指導個人票(積極的支援・動機付け支援相当ー積極的支援)

被保険者証

記号

国札

番号

## 1 対象者情報

|         |             |    |     |
|---------|-------------|----|-----|
| 利用券番号   | フリガナ        | 姓  | 名   |
| 氏名      |             |    |     |
| 利用券有効期限 | 令和 年 月 日    | 性別 | 男・女 |
| 支援コース   | 施設型・訪問型・運動型 | 住所 | 〒   |

## 2 担当者

|      |               |
|------|---------------|
| 担当者名 | 保健師・管理栄養士・その他 |
|------|---------------|

## 3 支援計画

| 支援予定日       | 年月日  | 年月日  | 年月日  | 年月日  | 年月日  | 年月日  | 年月日   |
|-------------|--|--|--|--|--|--|---|
| 支援の種類       | 初回の面接による支援   | 3か月以上の継続的な支援   |  |  |  |  | 実績評価  |
|             |  | <input type="checkbox"/> 積極的関与タイプ<br><input type="checkbox"/> 励ましタイプ | <input type="checkbox"/> 積極的関与タイプ<br><input type="checkbox"/> 励ましタイプ | <input type="checkbox"/> 積極的関与タイプ<br><input type="checkbox"/> 励ましタイプ | <input type="checkbox"/> 積極的関与タイプ<br><input type="checkbox"/> 励ましタイプ | <input type="checkbox"/> 積極的関与タイプ<br><input type="checkbox"/> 励ましタイプ |   |
| 支援形態        | 面接<br><input type="checkbox"/> 個別<br><input type="checkbox"/> グループ | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ        | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ        | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ        | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ        | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ        | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ   |
|             |  | 通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙      | 通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙      | 通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙      | 通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙      | 通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙      | 通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 |
| 総実施時間(往復回数) | 分  | 分(回)   | 分(回)   | 分(回)   | 分(回)   | 分(回)   |   |

※総実施時間(往復回数)の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

## 4 行動目標・行動計画

|               | 目標値    | 行動目標 | 行動計画 |
|---------------|--------|------|------|
| 腹囲            | cm     |      |      |
| 体重            | kg     |      |      |
| 血圧            | / mmHg |      |      |
| 1日の削減目標エネルギー量 | kcal   |      |      |
| 運動による削減エネルギー量 | kcal   |      |      |
| 食事による削減エネルギー量 | kcal   |      |      |

## 5 初回の面接による支援

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 実施年月日    | 令和 年 月 日   | 保健指導実施内容  |
| 支援形態     | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ  | <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> たばこ |
| 実施時間     | 分  | <input type="checkbox"/> ( )  |
| 身体状況     | 腹囲   | cm  |
|          | 体重   | kg  |
|          | 血圧   | / mmHg  |
| 行動変容ステージ | <input type="checkbox"/> 無関心期:意志なし<br><input type="checkbox"/> 関心期:意志あり(6か月以内)<br><input type="checkbox"/> 準備期:意志あり(概ね1か月以内)<br><input type="checkbox"/> 実行期:取組済み(6か月未満)<br><input type="checkbox"/> 維持期:取組済み(6か月以上) | <input type="checkbox"/> 訪問(自宅、職場)  |
| 実施者      |  | 医師・保健師・管理栄養士・看護師  |

6-① 支援A(積極的関与タイプ)  中間評価

|           |  |  |   |
|-----------|--|--|---|
| 実施年月日     | 令和 年 月 日   | 生活習慣改善の状況                              | 保健指導実施内容及び評価  |
| 支援形態      | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ<br>通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 | 【食生活】<br>変化なし / 改善 / 悪化                | <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> ( ) |
| 実施時間      | 分(回)   | 【身体活動】<br>変化なし / 改善 / 悪化               |   |
| 支援ポイント    | ポイント   | 【たばこ】<br>吸わない / 禁煙継続<br>禁煙中断 / 禁煙の意思なし | <input type="checkbox"/> 訪問(自宅、職場)  |
| 身体状況      | 腹囲   | cm                                     |   |
|           | 体重   | kg                                     |   |
|           | BMI  |  |   |
|           | 血圧   | / mmHg                                 |   |
| 実施者(評価実施) |  | 医師・保健師・管理栄養士・看護師                       |   |

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。



6-② 支援A(積極的関与タイプ)  中間評価

|           |  |  |   |
|-----------|--|--|---|
| 実施年月日     | 令和 年 月 日   | 生活習慣改善の状況                              | 保健指導実施内容及び評価  |
| 支援形態      | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ<br>通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 | 【食生活】<br>変化なし / 改善 / 悪化                | <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> ( ) |
| 実施時間      | 分(回)   | 【身体活動】<br>変化なし / 改善 / 悪化               |   |
| 支援ポイント    | ポイント   | 【たばこ】<br>吸わない / 禁煙継続<br>禁煙中断 / 禁煙の意思なし | <input type="checkbox"/> 訪問(自宅、職場)  |
| 身体状況      | 腹囲 cm<br>体重 kg<br>BMI<br>血圧 / mmHg   |  |   |
| 実施者(評価実施) | 医師・保健師・管理栄養士・看護師   |  |   |

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

7 行動目標・行動計画の変更【目標を変更した場合に記入】

|                    |       |
|--------------------|-------|
| 変更年月日              | 年 月 日 |
| 目標値                | 行動目標  |
| 腹囲 cm              |       |
| 体重 kg              |       |
| 血圧 / mmHg          |       |
| 1日の削減目標エネルギー量 kcal |       |
| 運動による削減エネルギー量 kcal |       |
| 食事による削減エネルギー量 kcal |       |
| 行動計画               |       |

8 支援B(励ましタイプ)

|        |   |   |   |
|--------|---|---|---|
| 実施年月日  | 令和 年 月 日  | 令和 年 月 日  | 令和 年 月 日  |
| 支援形態   | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ/通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ/通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ/通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 |
| 実施時間   | 分 ( 回 )   | 分 ( 回 )   | 分 ( 回 )   |
| 支援ポイント | ポイント  | ポイント  | ポイント  |
| 備考     |   |   |   |
| 実施者    | 医師・保健師・管理栄養士・看護師  | 医師・保健師・管理栄養士・看護師  | 医師・保健師・管理栄養士・看護師  |

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

9 実績評価

支援Aと同時実施  実績評価のみ実施

|                      |  |  |   |
|----------------------|--|--|---|
| 実施年月日                | 令和 年 月 日   | 生活習慣改善の状況                              | 保健指導実施内容及び評価  |
| 支援形態                 | 面接: <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ<br>通信: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX・手紙 | 【食生活】<br>変化なし / 改善 / 悪化                | <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> ( ) |
| 実施時間(支援A)            | 分(回)   | 【身体活動】<br>変化なし / 改善 / 悪化               |   |
| 支援ポイント(支援A)          | ポイント   | 【たばこ】<br>吸わない / 禁煙継続<br>禁煙中断 / 禁煙の意思なし | <input type="checkbox"/> 訪問(自宅、職場)  |
| 身体状況                 | 腹囲 cm<br>体重 kg<br>BMI<br>血圧 / mmHg   |  |   |
| 実績評価ができない場合の確認(督促)回数 | 電話( 回 )  | FAX・手紙送付( 回 )                          | その他( 回 )  |
| 実施者(評価実施)            | 医師・保健師・管理栄養士・看護師   |  |   |

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

※対象者から評価データが得られないために実績評価が完了できない場合の確認(督促)回数を記入。実施年月日は最終の確認を行った日付とする。

10 支援ポイント

|      |      |      |
|------|------|------|
| 支援A  | 支援B  | 合計   |
| ポイント | ポイント | ポイント |

11 終了

|     |   |          |
|-----|---|----------|
| 終了  | <input type="checkbox"/> 完了<br><input type="checkbox"/> 資格喪失<br><input type="checkbox"/> 途中脱落 | 令和 年 月 日 |
| 理由: |   |          |

決済情報請求区分

! 実施した支援欄に☑印をつける。途中脱落については金額を記入

| 契約単価区分 | 契約単価  |
|--------|---|
| 初回     | 1 施設利用型 <input type="checkbox"/> 10,973円                                  |
|        | 2 訪問型 <input type="checkbox"/> 14,947円                                    |
|        | 3 運動施設利用型 <input type="checkbox"/> 12,398円                                |
| 評価     | 1 施設利用型 <input type="checkbox"/> 16,459円                                  |
|        | 2 訪問型 <input type="checkbox"/> 22,421円                                    |
|        | 3 運動施設利用型 <input type="checkbox"/> 18,598円                                |
| 途中脱落   | 1 施設利用型 <input type="checkbox"/> 27,432円 × 0.5 × 実施ポイント / 180 = _____ 円   |
|        | 2 訪問型 <input type="checkbox"/> 37,368円 × 0.5 × 実施ポイント / 180 = _____ 円     |
|        | 3 運動施設利用型 <input type="checkbox"/> 30,996円 × 0.5 × 実施ポイント / 180 = _____ 円 |

※参考 ポイント算定及び要件

| 支援の種類               | 支援形態           | 1単位のポイント  |          | 最低限の介入量   | ポイントの算定上限 | 合計180ポイント以上 |
|---------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-----------|-------------|
|                     |                | 時間        | ポイント     |           |           |             |
| 支援A<br>積極的関与<br>タイプ | 個別支援A          | 5分        | 20       | 10分       | 120       | 160ポイント以上   |
|                     | グループ支援A        | 10分       | 10       | 40分       | 120       |             |
|                     | 電話A<br>FAX・手紙A | 5分<br>1往復 | 15<br>40 | 5分<br>1往復 | 60        |             |
| 支援B<br>励まし<br>タイプ   | 個別支援B          | 5分        | 10       | 5分        | 20        |             |
|                     | 電話B<br>FAX・手紙B | 5分<br>1往復 | 10<br>5  | 5分<br>1往復 | 20        |             |

| <p>特定保健指導をご利用いただくための「利用券」をお送りします。<br/> <small>利用の際の留意事項については裏面をごらんください。</small></p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 20px auto; padding: 20px; text-align: center;"> <p>宛名</p> <br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/><br/> <p>様</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">札幌市 ○○○課</p> <p style="text-align: center;">電話代表 ×××—××××</p>   | <p style="text-align: center;"><b>○○○○様の健診結果</b></p> <p style="text-align: right;">受診日 令和○○年○○月○○日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">基本的な健診</th> <th style="width: 5%;">*</th> <th style="width: 25%;">検査値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>身長</td><td></td><td>cm</td></tr> <tr><td>体重 (BMI)</td><td></td><td>kg(○○)</td></tr> <tr><td>腹囲</td><td></td><td>cm</td></tr> <tr><td>血圧</td><td></td><td>/ mmHg</td></tr> <tr><td>血液検査 中性脂肪</td><td></td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>LDL/non-HDLコレステロール</td><td></td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>HDLコレステロール</td><td></td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>空腹時/随時時血糖</td><td></td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>ヘモグロビンA1c</td><td></td><td>%</td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>U/l</td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>U/l</td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td>U/l</td></tr> <tr><td>尿検査 尿たん白</td><td></td><td>— +</td></tr> <tr><td>尿糖</td><td></td><td>— +</td></tr> <tr><td colspan="3"> </td></tr> <tr><td colspan="3">詳細な健診(該当者のみ実施)</td></tr> <tr><td>眼底検査</td><td></td><td>KW:H:S</td></tr> <tr><td>心電図</td><td></td><td>所見あり 有 無</td></tr> <tr><td>血液検査 血色素</td><td></td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>赤血球</td><td></td><td>万/mm<sup>3</sup></td></tr> <tr><td>ヘマトクリット値</td><td></td><td>%</td></tr> </tbody> </table> | 基本的な健診            | *    | 検査値 | 身長   |    | cm           | 体重 (BMI) |    | kg(○○) | 腹囲 |      | cm | 血圧 |     | / mmHg  | 血液検査 中性脂肪   |      | mg/dl | LDL/non-HDLコレステロール |  | mg/dl                 | HDLコレステロール |                   | mg/dl | 空腹時/随時時血糖         |  | mg/dl             | ヘモグロビンA1c |                     | % | GOT         |  | U/l      | GPT |                    | U/l | γ-GTP                     |  | U/l                   | 尿検査 尿たん白 |                          | — + | 尿糖               |  | — +              |  |                     |  | 詳細な健診(該当者のみ実施)       |  |                  | 眼底検査 |         | KW:H:S | 心電図    |  | 所見あり 有 無         | 血液検査 血色素 |            | g/dl | 赤血球 |  | 万/mm <sup>3</sup> | ヘマトクリット値 |  | % |
|--|---|-------------------|------|-----|------|----|--------------|----------|----|--------|----|------|----|----|-----|---|---|------|-------|--------------------|--|-----------------------|------------|-------------------|-------|-------------------|--|-------------------|-----------|---------------------|---|-------------|--|----------|-----|--------------------|-----|---------------------------|--|-----------------------|----------|--------------------------|-----|------------------|--|------------------|--|---------------------|--|----------------------|--|------------------|------|---------|--------|--------|--|------------------|----------|------------|------|-----|--|-------------------|----------|--|---|
| 基本的な健診   | *   | 検査値               |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 身長   |   | cm                |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 体重 (BMI)   |   | kg(○○)            |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 腹囲   |   | cm                |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 血圧   |   | / mmHg            |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 血液検査 中性脂肪  |   | mg/dl             |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| LDL/non-HDLコレステロール   |   | mg/dl             |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| HDLコレステロール   |   | mg/dl             |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 空腹時/随時時血糖  |   | mg/dl             |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| ヘモグロビンA1c  |   | %                 |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| GOT  |   | U/l               |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| GPT  |   | U/l               |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| γ-GTP  |   | U/l               |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 尿検査 尿たん白   |   | — +               |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 尿糖   |   | — +               |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
|  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 詳細な健診(該当者のみ実施)   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 眼底検査   |   | KW:H:S            |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 心電図  |   | 所見あり 有 無          |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 血液検査 血色素   |   | g/dl              |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 赤血球  |   | 万/mm <sup>3</sup> |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| ヘマトクリット値   |   | %                 |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| <p style="text-align: center;"><b>特定保健指導利用券</b></p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>利用券整理番号<br/>                 特定健診診査受診券整理番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;">特定保健指導区分</td> <td style="width: 15%;">00支援</td> <td style="width: 15%;">自己負担</td> <td style="width: 10%;">0円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">実施施設</td> <td style="width: 15%;">名称</td> <td colspan="2">別紙から選択してください</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 20px; text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">保険者</td> <td style="width: 80%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">公印</span> </div> </td> </tr> </table> </div> | 特定保健指導区分  | 00支援              | 自己負担 | 0円  | 実施施設 | 名称 | 別紙から選択してください |          | 住所 |        |    | 電話番号 |    |    | 保険者 | <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">公印</span> </div> | <p style="text-align: center;"><b>質問票の結果</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">質問項目</th> <th style="width: 20%;">回答</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.血圧を下げる薬を服用</td><td></td></tr> <tr><td>2.インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用</td><td></td></tr> <tr><td>3.コレステロールを下げる薬を服用</td><td></td></tr> <tr><td>4.医師から脳卒中の指摘又は治療歴</td><td></td></tr> <tr><td>5.医師から心臓病の指摘又は治療歴</td><td></td></tr> <tr><td>6.医師から慢性腎不全の指摘又は治療歴</td><td></td></tr> <tr><td>7.医師から貧血の指摘</td><td></td></tr> <tr><td>8.習慣的な喫煙</td><td></td></tr> <tr><td>9.20歳時体重から10kg以上増加</td><td></td></tr> <tr><td>10.1回30分以上の運動を週2回以上1年以上実施</td><td></td></tr> <tr><td>11.日常の歩行等の身体活動1日1時間以上</td><td></td></tr> <tr><td>12.ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い</td><td></td></tr> <tr><td>13.食事をかんで食べる時の状態</td><td></td></tr> <tr><td>14.人と比べて食べる速度が速い</td><td></td></tr> <tr><td>15.就寝2時間以内の夕食が週3回以上</td><td></td></tr> <tr><td>16.朝昼夕の3食以外に間食が週3回以上</td><td></td></tr> <tr><td>17.朝食を抜くことが週3回以上</td><td></td></tr> <tr><td>18.飲酒頻度</td><td></td></tr> <tr><td>19.飲酒量</td><td></td></tr> <tr><td>20.睡眠で休養が十分とれている</td><td></td></tr> <tr><td>21.生活習慣の改善</td><td></td></tr> </tbody> </table> | 質問項目 | 回答    | 1.血圧を下げる薬を服用       |  | 2.インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用 |            | 3.コレステロールを下げる薬を服用 |       | 4.医師から脳卒中の指摘又は治療歴 |  | 5.医師から心臓病の指摘又は治療歴 |           | 6.医師から慢性腎不全の指摘又は治療歴 |   | 7.医師から貧血の指摘 |  | 8.習慣的な喫煙 |     | 9.20歳時体重から10kg以上増加 |     | 10.1回30分以上の運動を週2回以上1年以上実施 |  | 11.日常の歩行等の身体活動1日1時間以上 |          | 12.ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い |     | 13.食事をかんで食べる時の状態 |  | 14.人と比べて食べる速度が速い |  | 15.就寝2時間以内の夕食が週3回以上 |  | 16.朝昼夕の3食以外に間食が週3回以上 |  | 17.朝食を抜くことが週3回以上 |      | 18.飲酒頻度 |        | 19.飲酒量 |  | 20.睡眠で休養が十分とれている |          | 21.生活習慣の改善 |      |     |  |                   |          |  |   |
| 特定保健指導区分   | 00支援  | 自己負担              | 0円   |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 実施施設   | 名称  | 別紙から選択してください      |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
|  | 住所  |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
|  | 電話番号  |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 保険者  | <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">公印</span> </div>   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 質問項目   | 回答  |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 1.血圧を下げる薬を服用   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 2.インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 3.コレステロールを下げる薬を服用  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 4.医師から脳卒中の指摘又は治療歴  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 5.医師から心臓病の指摘又は治療歴  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 6.医師から慢性腎不全の指摘又は治療歴  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 7.医師から貧血の指摘  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 8.習慣的な喫煙   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 9.20歳時体重から10kg以上増加   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 10.1回30分以上の運動を週2回以上1年以上実施  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 11.日常の歩行等の身体活動1日1時間以上  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 12.ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 13.食事をかんで食べる時の状態   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 14.人と比べて食べる速度が速い   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 15.就寝2時間以内の夕食が週3回以上  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 16.朝昼夕の3食以外に間食が週3回以上   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 17.朝食を抜くことが週3回以上   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 18.飲酒頻度  |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 19.飲酒量   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 20.睡眠で休養が十分とれている   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |
| 21.生活習慣の改善   |   |                   |      |     |      |    |              |          |    |        |    |      |    |    |     |   |   |      |       |                    |  |                       |            |                   |       |                   |  |                   |           |                     |   |             |  |          |     |                    |     |                           |  |                       |          |                          |     |                  |  |                  |  |                     |  |                      |  |                  |      |         |        |        |  |                  |          |            |      |     |  |                   |          |  |   |