

第3号様式（第5条関係）

特定保健指導内容確認票

年 月 日

1 特定保健指導利用者

被保険者証記号番号						
フリガナ						
氏名						
生年月日		年		月		日

2 特定保健指導実施日

年 月 日

3 実施医療機関

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

職種 医師・保健師・管理栄養士・その他（ \_\_\_\_\_ ）

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

#### 4 特定保健指導情報

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令157号）に基づいて実施した項目の実施欄にレ印を付記し、実施年月日欄及び金額欄に必要事項をご記入ください。

支援区分	項目	実施	実施年月日	金額
動機付け支援	初回面接		年 月 日	円
	実績評価		年 月 日	円
積極的支援	初回面接		年 月 日	円
	支援A（180P）※		年 月 日	円
	支援A（160P）		年 月 日	円
	支援B（20P）※	～	年 月 日	円
	実績評価		年 月 日	円

※ 実施した方の継続支援のどちらかにレ印を付記してください。