

二次健康診断等給付 特定保健指導例(案)

給付対象者氏名:		(男・女)	生年月日:大・昭・平	年	月	日生(才)
○ ねらい:検査結果を理解し、自分の「生活上の問題点」及び「就労上の問題点」を抽出すること						
【検査結果】	【検査項目】(血液検査を除く)			【血液検査項目】(採血日 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 身長 () cm <input type="checkbox"/> 体重:現在() kg <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲:現在() cm <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧:現在(/) mmHg <input type="checkbox"/> 負荷心電図又は胸部超音波() <input type="checkbox"/> 頸部超音波 () <input type="checkbox"/> 尿蛋白又は微量アルブミン尿() <input type="checkbox"/> その他 () ※一次健診又は二次健診の結果から記載	<input type="checkbox"/> 血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) () mg/dl <input type="checkbox"/> HbA1c () % <input type="checkbox"/> 総コレステロール () mg/dl <input type="checkbox"/> 中性脂肪 () mg/dl <input type="checkbox"/> HDLコレステロール () mg/dl <input type="checkbox"/> LDLコレステロール () mg/dl <input type="checkbox"/> その他 () ※一次健診又は二次健診の結果から記載				
○ 日常生活に関する事項						
【問診項目】 <input type="checkbox"/> 栄養の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> 生活の状況 <input type="checkbox"/> たばこ・飲酒の状況(□非喫煙者 □非飲酒者) <input type="checkbox"/> その他						
重点を置く指導項目	□栄養	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週 (回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週 (回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる				
	□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 (日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 (拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()				
	□生活	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()				
生活上の問題点						
○ 就労の状況に関する事項						
【問診項目】(就労の状況等に係る質問票を参考に問診) <input type="checkbox"/> 時間外労働時間(月 時間) <input type="checkbox"/> 不規則な勤務時間 <input type="checkbox"/> 拘束時間の長い業務 <input type="checkbox"/> 出張の多い業務 <input type="checkbox"/> 交代制勤務・深夜勤務 <input type="checkbox"/> 精神的緊張を伴う業務 <input type="checkbox"/> 作業環境(高・低温、騒音、時差、その他()) <input type="checkbox"/> 睡眠の状況 <input type="checkbox"/> 問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載 ()						
重点を置く指導項目						
<input type="checkbox"/> 労働時間 <input type="checkbox"/> 勤務形態 <input type="checkbox"/> 作業環境(高・低温、騒音、時差、その他()) <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> その他()						
就労上の問題点						

(注1)実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入すること。
 (ただし、該当しない項目は空欄とする。)

(注2)「二次健康診断等の受診結果」における医師の所見欄には、上記
 「生活上の問題点」及び「就労上の問題点」の内容を踏まえた上で、
 就業上配慮すべき事項を記載すること。

事業場に選任されている産業医等から、本
 件特定保健指導の結果についての情報提
 供を求められた場合は、当健診給付医療機
 関から提供することに同意します
同意する 同意しない
 給付対象者署名 _____