

# 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
	/	241000	S . .

## ★健診当日

注意：S25.3.31以前の生年月日の方は、今年度中に75歳になるため、実施しないでください。

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 <b>服薬なし</b>	<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以上または 拡張85mmHg以上	<input checked="" type="checkbox"/>
喫煙歴	有・無		
65歳以上	該当・非該当	<b>※年度末の年齢で判定</b>	

→ 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は必須

## ★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以上または 拡張85mmHg以上	<input checked="" type="checkbox"/>
空腹時中性脂肪	mg/dl	150mg/dl以上 ※随時中性脂肪の場合 175mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/>
HDLコレステロール	mg/dl	または40mg/dl未満	
空腹時血糖	mg/dl	100mg/dl以上または	<input checked="" type="checkbox"/>
HbA1c	%	5.6%以上 <b>※空腹時血糖優先</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

判定
1つ □ (喫煙歴なしまたは65歳以上) 動機付け支援 □ (65歳未満で喫煙歴あり) 積極的支援
2つ以上 □ (65歳以上) 動機付け支援 □ (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以上または 拡張85mmHg以上	<input checked="" type="checkbox"/>
空腹時中性脂肪	mg/dl	150mg/dl以上 ※随時中性脂肪の場合 175mg/dl以上	<input checked="" type="checkbox"/>
HDLコレステロール	mg/dl	または40mg/dl未満	
空腹時血糖	mg/dl	100mg/dl以上または	<input checked="" type="checkbox"/>
HbA1c	%	5.6%以上 <b>※空腹時血糖優先</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

判定
1つ □ 動機付け支援
2つ □ (喫煙歴なしまたは65歳以上) 動機付け支援 □ (65歳未満で喫煙歴あり) 積極的支援
3つ □ (65歳以上) 動機付け支援 □ (65歳未満) 積極的支援

## \*健康づくり課記入欄

利用券番号

--