

特定保健指導実績調書

事業者名 : _____

年度	保険者	対象者（人）		初回面談利用者（人）	初回面談利用率（％）	実績評価までの完了者（人）	実績評価までの完了率（％）	備考
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						
		動機付け支援						
		積極的支援						

- ※ 1 令和 3 年度以降の特定保健指導の受託実績を記載してください。
- ※ 2 直近の主な実績について 10 件以内で記載してください。
- ※ 3 滋賀県内の実績があれば、優先して記載してください。
- ※ 4 上記の他、メタボ関連指標（腹囲・BMI・血糖・血圧等）の改善、対象者満足度等の指導プロセスの成果があれば別紙に添付してください。
- ※ 5 枠及び行は記載内容により、適宜拡大・縮小・追加してください。