令和７年　　　月　　　日

令和７年度

積極的支援実施計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ　Ｅ　Ｌ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ　Ａ　Ｘ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅｍａｉｌ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れ可能な対象者数（月単位） |  |
| 実施スケジュール（月初や月末、特定の曜日等に特徴がありましたらお教えください。） | **予約の有無：　要　　・　　不要** |
| 保健指導に従事する職種（該当するものにすべて○をしてください。） | 1. 医師
2. 保健師
3. 管理栄養士
4. 保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師
5. 専門的知識及び技術を有すると認められる者（要研修）
 |
| 利用勧奨の実施 | 　□実施（　　　　）　□未実施　　□検討中 |
| 保健指導実施方針 | 利用する教材（ツール） |  |
| 個人別に作成する支援計画の特徴や方針 |  |
| 指導実施中の脱落者発生防止のための考え方と方策 |  |
| 以前にも積極的支援を実施したことがある者へのプログラム内容 |  |
| 前年度実　績 | 川崎市国保（積極的支援実施者数、　評価結果など） |  |
| その他の保険者（　　　　　　　） |  |
| 川崎市のHPページの掲載について | □前年度から変更する（新規で追加する）　　□変更しない |
| ＨＰの掲載を変更する場合（新規で掲載する場合）は内容をご記入してください。 |
| 保健指導対象者へのメッセージ（１００字程度） |  |
| 実施場所（アクセス方法） |  |
| 実施時間 |  |
| 申込先 |  |
| 予約受付時間 |  |
| 医療機関から特定保健指導の対象者へお渡しするチラシについて | □すでに使用している　　　　　　　　　□使用していない【使用している場合の感想/使用していない理由】 |
| **動機付け支援**について、健診の結果返しの同日に、初回面接を実施していますか。 | □実施している　　　　　　　□実施していない |
| 健診の結果返しの同日に、初回面接を実施（初回面接の分割実施）する場合の問題点はありますか。**※令和６年度より動機付け支援においても初回面接の分割実施が可能となりました。** | □ある　　　　□なし【問題点】 |
| その他、保健指導を実施する上でのご意見や、情報交換会開催についてご意見がありましたらご自由に記載してください。 |  |

※ご協力いただきありがとうございます。