提供者名簿（健診実施機関ごとにご記入ください）

事業所記号	
健診機関名	

腹囲または、BMI・血圧・血糖・脂質の結果が基準値以上の場合は、
特定保健指導（40歳以上が対象）の実施が必要となります。

現在、服薬中（治療中）の方は、特定保健指導が免除されます。

※ 以下の質問について必ず○をしてください。

NO	番号	氏　名	区分	現在、下記の服薬（治療）中ですか？	習慣的な喫煙について 条件1：最近1カ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月以上、又は、合計100本以上吸っていた
1			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
2			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
3			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
4			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
5			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
6			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
7			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
8			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
9			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）
10			本人・家族	血圧 ： 有 ・ 無 血糖 ： 有 ・ 無 脂質 ： 有 ・ 無	①はい（条件1と2を満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない ③いいえ（条件1と2があてはまらない）

※申請人数が10名を超える場合は、本用紙をコピーして、ご使用下さい。

※健診実施機関ごとにご記入ください。

※注意事項については、【健診補助金申請書】をご確認下さい。