

(様式報第9号)

実施状況報告書  
(特定保健指導)

宇都宮市長 様

(医療機関) 所在地  
名 称  
T E L  
医師名

20 年 月分の実施状況を下記のとおり報告いたします。

## ★特定保健指導（動機付け支援）

| 実施人数 | 内 訳  |      |     |
|------|------|------|-----|
|      | 初回実施 | 最終実施 | 中断者 |
|      |      |      |     |

## ★特定保健指導（積極的支援）

| 実施人数 | 内 訳  |      |     |
|------|------|------|-----|
|      | 初回実施 | 最終実施 | 中断者 |
|      |      |      |     |

- ★ 特定保健指導を途中中断した方すべてをご記載ください。  
音信不通による中断は事前に健康増進課に電話で報告のうえでご記載ください。  
 理由は以下から選択してください。

| 途中中断の<br>理由番号 | 利用券番号 | 氏名 | 生年月日 |
|---------------|-------|----|------|
|               |       |    |      |
|               |       |    |      |
|               |       |    |      |
|               |       |    |      |
|               |       |    |      |

- 服薬開始 服薬を開始し、治療優先で保健指導は中断すると判断した場合
- 資格喪失 宇都宮市国民健康保険以外への保険の異動により中断
- 所在不明 本人の所在が不明になったことによる中断
- 音信不通 本人と音信不通になったことによる中断
- 除外対象者 妊娠、海外在住等の除外事由による中断
- 脱落認定 利用継続の意思がないことを確認できた場合の中断
- 自己都合 その他本人の都合による中断
- その他 上記に当てはまらない場合