

【 特定保健指導対象者判定チャート 】

◎まずは腹囲をチェック

【男性】 腹囲 ≥ 85cm	<input type="checkbox"/> 該当する
【女性】 腹囲 ≥ 90cm	<input type="checkbox"/> 該当する
<input type="checkbox"/> 該当しない	



リスクの数

<input type="checkbox"/> 3つ該当
<input type="checkbox"/> 2つ該当
<input type="checkbox"/> 1つ該当
<input type="checkbox"/> 該当なし

喫煙歴

<input type="checkbox"/> 喫煙歴あり
<input type="checkbox"/> 喫煙歴なし

<input type="checkbox"/>	積極的支援 生活習慣改善の必要性の高い人	
<input type="checkbox"/>	動機付け支援 生活習慣改善の必要性が中程度の人 *65歳以上は全員「動機付け支援」になります。	

BMI ≥ 25

<input type="checkbox"/> 該当する
<input type="checkbox"/> 該当しない

リスクの数

<input type="checkbox"/> 3つ該当
<input type="checkbox"/> 2つ該当
<input type="checkbox"/> 1つ該当
<input type="checkbox"/> 該当なし

喫煙歴

<input type="checkbox"/> 喫煙歴あり
<input type="checkbox"/> 喫煙歴なし

<input type="checkbox"/>	積極的支援 生活習慣改善の必要性の高い人	
<input type="checkbox"/>	動機付け支援 生活習慣改善の必要性が中程度の人 *65歳以上は全員「動機付け支援」になります。	

対象外

※ リスク（危険因子）チェック

<input type="checkbox"/> 血糖	空腹時血糖 ≥ 100mg/dl または HbA1c ≥ 5.6% *空腹時血糖優先	<input type="checkbox"/> 脂質	中性脂肪 ≥ 150mg/dl または HDLコレステロール < 40mg/dl	<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期血圧 ≥ 130mmHg または 拡張期血圧 ≥ 85mmHg
-----------------------------	---	-----------------------------	--	-----------------------------	------------------------------------

◆ 積極的支援・動機付け支援に該当する方には、医師や保健師等から無料で支援を受けられる「特定保健指導利用券」が送付されます。

※ 特定保健指導は、リスク（危険因子）について治療中の方は対象外です。主治医にご相談ください。 東大阪市 医療保険室 保険管理課