**評価シート**



**所属：**

**組合員証番号：**

**氏名：　　　　　　　　　　　　　　　初回面接日：**

**本シートの提出で、特定保健指導は終了です。**

**以下の当てはまるものに☑や、空欄に回答をご記入ください。**

1. **右図を参考に腹囲・体重を測定し、下記にご記入ください。**

**また、今回測定してどれだけ変化があったか計算してみましょう。**

**【健診時】**　　　　　　　　　　　　**【実績評価時】**　　　　【**変化】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **腹囲** | 　　　　　cm |  |  　　　 cm | ＋－cm |
| **体重** | 　　　　　kg | 　　　　kg | 　　　＋－　　　　　kg |

**２、生活改善プランの達成度について、現在２か月以上継続出来ていると思うものに☑を付けてください。また、取り組みの振り返りについて、ご記入ください。**

改善プラン①

□ 実行できた　　　　　　　□ 実行できなかった

|  |
| --- |
|  |

改善プラン②

□ 実行できた　　　　　　　□ 実行できなかった

|  |
| --- |
|  |

改善プラン③

□ 実行できた　　　　　　　□ 実行できなかった

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **感想** |

|  |
| --- |
| 共済担当者からコメント |

最後に記入漏れをご確認ください。ご記入ありがとうございました。

※評価シートは共済組合ホームページからダウンロードできます。適宜ご利用ください

※提出先メールアドレスは下記になります、組合員証番号と氏名を必ず記載ください。

【E-mail】nagoyakyosai-shido@ab.auone-net.jp