特定保健指導判定チャート

健診結果から、下表に基づき判定を行い、「積極的支援」または「動機付け支援」の対象者を選定します。

次のいずれかの薬を服薬中ですか？

- 血圧を下げる薬
- 血糖を下げる薬やインスリン注射
- コレステロールや中性脂肪を下げる薬

はい ⇒ **治療を継続してください。特定保健指導は対象外です。**

いいえ ⇩

「腹囲」はどのくらいですか？

男性：８５㎝以上？　女性９０㎝以上？

❶ はい ⇩

いいえ ⇩

「ＢＭＩ（体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m）」はどのくらいですか？

２５kg/㎡以上？

❷ はい ⇩

いいえ ⇩

次の１～３のうち、いくつ当てはまりますか？

1　空腹時血糖：100mg/dL 以上 または HbA1c（NGSP 値）：5.6%以上

※ 空腹時血糖と HbA1c（NGSP 値）の両方を測定している場合は、空腹時血糖の値を優先します。

※ 空腹時血糖を測定していない場合はや随時血糖の場合、HbA1c（NGSP 値）の値を採用します。

2　空腹時中性脂肪：150mg/dL 以上 または HDL コレステロール：40mg/dL 未満

※ 随時中性脂肪の場合 175mg/dL 以上

3　収縮期血圧：130mmHg 以上 または 拡張期血圧：85mmHg 以上

⇩

❶で２つ以上該当 または ❷で３つ該当 ⇩

❶で１つ該当 または ❷で２つ該当 ⇩

❷で１つ該当 ⇩

該当なし ⇩

６５歳以上(年度末年齢) ← たばこ？（吸う）

いいえ ⇩

はい ⇩

吸わない ⇩

積極的支援 対象者

動機付け支援 対象者

対象外