〔　　年　　月　　日 行動開始分〕 ID　　氏名

担当看護師

	1週間目							2週間目			3週間目							4週間目							備考
設定項目／月日（休みの日は○印）																									
歩　　数																									
体　　重																									
目　　標																									
できた　○ 半分　△ できない × ストレス（ない×・ある○）																									
生活メモ 家事全般 冠婚葬祭など																									

国保藤沢町民病院　　*健康増進外来セルフチェック表*