

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名:	(男・女)
生年月日: 明・大・昭・平	年 月 日生( 才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】	<b>【検査項目】</b> <input type="checkbox"/> 身長 ( cm) <input type="checkbox"/> 体重:現在( kg) →目標( kg) <input type="checkbox"/> BMI ( ) <input type="checkbox"/> 腹囲:現在( cm) →目標( cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>【血液検査項目】</b> (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖( <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後( )時間) ( mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c:現在 ( %) →目標( %) <input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<b>【問診】</b> <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活 <b>【①達成目標】:</b> 患者と相談した目標 ( ) <b>【②行動目標】:</b> 患者と相談した目標 ( )	医師氏名 (印)
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( ) <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量: )を週 回] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量: )を週 回] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他( )) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・ ) 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他( )	担当者の氏名 (印)
<b>【服薬指導】</b> <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名 (印)	
<b>【療養を行うにあたっての問題点】</b>		
<b>【他の施設の利用状況について】</b>		

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入  
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名 (印)