

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)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 生(才)	□糖尿病 □高血圧症 □高脂血症	

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】	【検査項目】	【血液検査項目】 (採血日 月 日) ()時間
	□身長 (cm)	□血糖 (□空腹時 □随時 □食後()時間) (mg/dl)
	□体重:現在(kg) →目標(kg)	□HbA1c:現在 (%) →目標(%)
	□BMI ()	□総コレステロール (mg/dl)
	□腹囲:現在(cm) →目標(cm)	□中性脂肪 (mg/dl)
	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□HDLコレステロール (mg/dl)
	□収縮期／拡張期血圧(/ mmHg)	□LDLコレステロール (mg/dl)
	□運動負荷心電図	□その他 ()
□その他 ()	□その他 ()	

【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □その他の生活

【①達成目標】: 患者と相談した目標

[]

【②行動目標】: 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】	□食事	□食事摂取量を適正にする	□食塩・調味料を控える
		□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす	□外食の際の注意事項()
		□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす	□その他()
		□節酒:[減らす(種類・量:)を週 回)]	
		□間食:[減らす(種類・量:)を週 回)]	
□食べ方:(ゆっくり食べる・その他())	担当者の氏名 (印)		
□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる			
□運動	□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)		
	□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)	担当者の氏名 (印)	
	□運動時の注意事項など()		
□たばこ	□非喫煙者である	担当者の氏名 (印)	
	□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等		
□その他	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量		
	□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他()	担当者の氏名 (印)	
【服薬指導】	□処方なし □薬の説明	担当者の氏名 (印)	

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※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)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)	主病:
生年月日:明・大・昭・平 年 月 日生(才)	□糖尿病 □高血圧症 □高脂血症	

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

検査・問診	【検査項目】	【血液検査項目】 (採血日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg)	<input type="checkbox"/> 血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> BMI ()	<input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標(%)
	<input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 収縮期／拡張期血圧(/ mmHg)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標

【①達成目標】:患者と相談した目標

[]

【②行動目標】: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】	□食事	<input type="checkbox"/> 今日は、指導の必要なし	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える
		<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする	<input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項()
		<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"/> その他()
		<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"/> 担当者の氏名 (印)		
<input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる			
□運動	<input type="checkbox"/> 今日は、指導の必要なし		
	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・ 時間(30分以上・ 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"/> 担当者の氏名 (印)	
	<input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()		
	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性	<input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	<input type="checkbox"/> 担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 担当者の氏名 (印)
服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし	<input type="checkbox"/> 薬の説明	<input type="checkbox"/> 担当者の氏名 (印)

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※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)

(別紙様式10)

日常生活機能評価表

患者の状況	得 点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。	合計得点		点

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険
薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記
入すること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名

性別 (男・女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業

住所

電話番号

診療形態	1. 外来	2. 往診	3. 入院	(平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア. 脳血栓 イ. 脳塞栓 ウ. 不明)		2. 脳出血		3. クモ膜下出血	
	4. その他の脳血管障害					
	発症年月日	平成 年 月 日				
	受診年月日	平成 年 月 日				
初発 / 再発	1. 初発	2. 再発 (年 月 日 初発)				
その他の傷病名						

寝たきり度 (該当するものに○)

- J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
 A 準寝たきり 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
 B 寝たきり 1 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
 C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

痴呆性老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

- I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
 II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
 III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
 IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有・無

訪問看護 有・無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

- 注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
 2. わかりやすく記入すること。
 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称電話番号
医師名

印

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生		
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)		
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日	退院(予定)日 : 平成 年 月 日	
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 () 在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : (g) 身長 : (cm) 出生時の特記事項 : 無・有() 妊娠中の異常の有無 : 無・有() 妊婦健診の受診有無 : 無・有(回:)		家族構成 育児への支援者:無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴 ・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()	
日常的世話の状況			
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害()	
	こどもへの思い・態度	・出産後の状況(マタニティ・ブルース、産後うつ等)・その他()	
	家族関係	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	
養育環境	同胞の状況	・面会が極端に少ない・その他()	
	養育者との分離歴	・同胞に疾患()・同胞に障害()	
情報提供の目的とその理由			

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名

印

患者の氏名				昭和・平成 年 月 日 生 男・女 () 歳 職業()
傷病名	(疑いを含む)			その他の傷病名
病状 既往症 治療状況等				
児の氏名	男・女	平成 年 月 日 生まれ		
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)			
退院先の 住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)			
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日	退院(予定)日 : 平成 年 月 日		
今回の 出産時の 状況	出産場所 : 当院・他院 () 在胎 : () 週 単胎・多胎 () 子中 () 子 体重 : (g) 身長 : (cm) 出産時の特記事項 : 無・有 () 妊娠中の異常の有無 : 無・有 () 妊婦健診の受診有無 : 無・有 (回:)			家族構成 育児への支援者:無・有 ()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください				
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()		
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()		
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()		
	他の児の状況	・疾患()・障害()		
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()		
情報提供の 目的とその 理由				

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

(別紙様式1-3)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生	(歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報