

## 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:<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生( 才) |  |

|   |   |
|---|---|
| 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><br><input type="checkbox"/> 身長 ( cm)<br><input type="checkbox"/> 体重: 現在 ( kg) → 目標 ( kg)<br><input type="checkbox"/> BMI ( )<br><input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 ( cm) → 目標 ( cm)<br><input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)<br><input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧: 現在 ( / mmHg) → 目標 ( / mmHg)<br><input type="checkbox"/> 運動負荷心電図<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |
|   | <b>【血液検査項目】</b> (採血日 月 日)<br><input type="checkbox"/> 血糖 ( <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後 ( ) 時間 )<br>( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 ( %) → 目標 ( %)<br><input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)<br><input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)<br><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"/> 歯科の受診状況 <input type="checkbox"/> その他の生活<br><b>【①達成目標】:</b> 患者と相談した目標<br>( )   |
|   | <b>【②行動目標】:</b> 患者と相談した目標<br>( )  |
| 【重点を置く領域と指導項目】                              | <input type="checkbox"/> 食事<br><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<br><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 ( )<br><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 ( )<br><input type="checkbox"/> 節酒: [減らす (種類・量: を週 回)]<br><input type="checkbox"/> 間食: [減らす (種類・量: を週 回)]<br><input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ( ))<br><input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる<br>担当者の氏名 (印) |
|   | <input type="checkbox"/> 運動<br><input type="checkbox"/> 運動処方: 種類 (ウォーキング・ )<br>時間 (30分以上・ )、頻度 (ほぼ毎日・週 日)<br>強度 (息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )<br><input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加 (例: 1日1万歩・ )<br><input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など ( )<br>担当者の氏名 (印)   |
|   | <input type="checkbox"/> たばこ<br><input type="checkbox"/> 非喫煙者である<br><input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等<br>担当者の氏名 (印)  |
|   | <input type="checkbox"/> その他<br><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<br><input type="checkbox"/> 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>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<br>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】                             |   |
| 【特定健康診査の受診の有無】                              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
| 【特定保健指導の利用の有無】                              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
| 【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】                    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |

※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) |