

年 月 日)()回目

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

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（ <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後（ ）時間）
	<input type="checkbox"/> BMI （ ）	（ mg/dl）
	<input type="checkbox"/> 腹囲：現在（ cm）→目標（ cm）	<input type="checkbox"/> HbA1c：現在（ %）→目標（ %）
	<input type="checkbox"/> 栄養状態（低栄養状態の恐れ 良好 肥満）	<input type="checkbox"/> 総コレステロール（ mg/dl）
	<input type="checkbox"/> 収縮期／拡張期血圧：現在（ / mmHg）	<input type="checkbox"/> 中性脂肪（ mg/dl）
	→目標（ / 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		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
【②行動目標】：患者と相談した目標		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 医師氏名 <div style="text-align: right;">(印)</div> </div>

【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <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"/> 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"/> 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	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名 (印)
	□運動	<input type="checkbox"/> 今回は、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・)、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)
	□たばこ	<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)
	□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)
	服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 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】	
【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)