

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・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: 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】 <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: 現在 (/ mmHg) → 目標 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【血液検査項目】 (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 ()
	【問診】 <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 【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】	<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: 週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす (種類・量: 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 () 【担当者氏名】 (印)
【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明 【担当者氏名】 (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)