

年 月 日)()回目

主病：
☐糖尿病 ☐高血压症 ☐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

【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： ）、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	<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)