

(別紙様式9の2)

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) |
| 生年月日:明・大・昭・平・令 | 年 月 日生(才) |

| |
|---|
| 主病: |
| <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】 <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 () |
| | 【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】 | <input type="checkbox"/> 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"/> 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: 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 | 担当者の氏名 (印) |
| | <input type="checkbox"/> 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) |
| | <input type="checkbox"/> 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) |
| | <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) |