

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: □糖尿病 □高血圧症 □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】 | 【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 (□空腹時 □随時 □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】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □歯科の受診状況 □その他の生活 【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; width: 100%; text-align: right;"> 医師氏名 (印) </div> |
| 【重点を置く領域と指導項目】 | <input type="checkbox"/> 食事 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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 </div> <div> <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 () </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: right;"> 担当者の氏名 (印) </div> |
| | <input type="checkbox"/> 運動 <div> <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() </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: right;"> 担当者の氏名 (印) </div> |
| | <input type="checkbox"/> たばこ <div> <input type="checkbox"/>非喫煙者である <input type="checkbox"/>禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: right;"> 担当者の氏名 (印) </div> |
| | <input type="checkbox"/> その他 <div> <input type="checkbox"/>仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □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() </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: right;"> 担当者の氏名 (印) </div> |
| | 【服薬指導】 <input type="checkbox"/> 処方なし □薬の説明 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: right;"> 担当者の氏名 (印) </div> |
| 【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 <div style="text-align: right;">(印)</div> |