

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】

☐有

☐ 無

【特定保健指導の利用の有無】

☐有☐ 無

**【保険者からの情報提供の求め  
に対する協力の同意】**

☐有☐ 無

※実施項目は、□にチェック、(     )内には具体的に記入

患者署名

※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

醫師氏名

(印)