

(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 ( )	
	【重点を置く領域と指導項目】 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他	
	服薬指導	

<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: )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	<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)
<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"/> 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"/> 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)
<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)