

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)	主病:
生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<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】	【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"/> 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)
	□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

※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)