

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:
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

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。

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 身長 (cm)	【血液検査項目】 (採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖 (空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後 () 時間)
	<input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg)	<input type="checkbox"/> BMI ()	(mg/dℓ)
【検査・問診】	<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm)	<input type="checkbox"/> HbA1C: 現在 (%) → 目標 (%)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dℓ)
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<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"/> 収縮期 / 拡張期血圧 (/ mmHg)	<input type="checkbox"/> LDL コレステロール (mg/dℓ)	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活			
【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 ⑩
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<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 ())		担当者の氏名 ⑩
	<input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		
	<input type="checkbox"/> 運動	<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・)	担当者の氏名 ⑩
		<input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など ()	
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である	担当者の氏名 ⑩
		<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	
	<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)	担当者の氏名 ⑩
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明		担当者の氏名 ⑩

【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】	
-----------------	--

※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 ⑩