

患者氏名: (男・女)
 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)

主病:
糖尿病 高血圧症 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・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】 <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(問診は初回のみ)	

【①達成目標】: 患者と相談した目標(継続時は次の目標)
 []

【②行動目標】: 患者と相談した目標
 []

医師氏名 []

【重点を置く領域と指導項目】	□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 [] <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	□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 [] <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
	□たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である(初回のみ) 担当者の氏名 [] <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	□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 [] <input type="checkbox"/> その他()

【服薬指導】 処方なし 薬の説明 担当者の氏名 []

【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。
 ※網かけの問診と非喫煙者欄は初回のみ記載

患者署名 []
 医師氏名 [] (印)