

(別紙様式 5)

生活習慣病に関する療養計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病 名	(主病名) (その他の病名)
症 状	
服薬にかかる留意事項	
運動、休養、栄養 にかかる留意事項	
喫煙、飲酒 にかかる留意事項	
その他留意すべきこと	

(注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

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: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)	

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) <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( / 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 ( )
	【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 (印)

【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 (印) <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 (印) <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 (印) <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 (印) <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 (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】	

※実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名
医師氏名 (印)