

生活習慣病 療養計画書 初回用 (ID)

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: ()	主病: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症
生年月日: 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	
【目標】	【目標】 <input type="checkbox"/> 体重:(kg) BMI:() 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) HbA1c:(%) 【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 □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項() □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他() □節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] □間食:[減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) □食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動 □運動処方:種類() 時間()、頻度() 強度() □日常生活の活動量増加() □運動時の注意事項など()
	<input type="checkbox"/> たばこ □非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等
	<input type="checkbox"/> その他 □仕事 □余暇 □睡眠の確保() □減量 □家庭での計測() □その他()
【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖(□空腹時 □随時 □食後(時間) □中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()
	【その他】 □栄養状態 () □その他 ()

※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
------	------