

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
------	------