

巻末資料 17 生活習慣病療養計画書（初回用）

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)  
 生年月日：明・大・昭・平 年 月 日生( 才)

主病：  
糖尿病 高血圧症 高脂血症

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】	<b>【検査項目】</b> <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 ( )	<b>【血液検査項目】</b> (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 ( )
	<b>【問診】</b> <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 <b>【①達成目標】</b> ：患者と相談した目標 ( ) <b>【②行動目標】</b> ：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 <ul style="list-style-type: none"> <li>□食事摂取量を適正にする</li> <li>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</li> <li>□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす</li> <li>□節酒：〔減らす(種類・量： を週 回)〕</li> <li>□間食：〔減らす(種類・量： を週 回)〕</li> <li>□食べ方：(ゆっくり食べる・その他( ))</li> <li>□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">                     担当者の氏名 (印)                 </div>
	<input type="checkbox"/> 運動 <ul style="list-style-type: none"> <li>□運動処方：種類(ウォーキング・ )</li> <li>時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日)</li> <li>強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )</li> <li>□日常生活の活動量増加(例：1日1万歩・ )</li> <li>□運動時の注意事項など( )</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">                     担当者の氏名 (印)                 </div>
	<input type="checkbox"/> たばこ <ul style="list-style-type: none"> <li>□非喫煙者である</li> <li>□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">                     担当者の氏名 (印)                 </div>
	<input type="checkbox"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量</li> <li>□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)</li> <li>□その他( )</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">                     担当者の氏名 (印)                 </div>
<b>【服薬指導】</b> <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">                     担当者の氏名 (印)                 </div>

**【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 (印)