

生活習慣病 療養計画書

(記入日:

年

月

日)

日

初回 継続

患者氏名:
生年月日: 年 月 日生(才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 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

【目標】	【目標】 <input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(mmHg) <input type="checkbox"/> 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 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>食事摂取量を適正にする</td> <td><input type="checkbox"/>食塩・調味料を控える</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</td> <td><input type="checkbox"/>外食の際の注意事項()</td> </tr> <tr> <td><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</td> <td><input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>節酒:[減らす(種類・量:)を週 回]]</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>間食:[減らす(種類・量:)を週 回]]</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>食べ方:()</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる</td> <td></td> </tr> </table>	<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:()		<input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	<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:()															
<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() 時間()、頻度() 強度() <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加() <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 <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) <input type="checkbox"/> その他()														
【検査】	【血液検査項目】 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <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"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()														
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 () <input type="checkbox"/> その他 ()														

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

医師氏名
