

(別紙様式9)

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"/> 脂質異常症
生年月日:明・大・昭・平・令 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】	<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 ()
	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <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()) <input type="checkbox"/>食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる </div> <div style="flex: 1;"> <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・) <input type="checkbox"/>運動時の注意事項など() </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <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 </div> <div style="flex: 1;"> <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() </div> </div>
【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"/> HbA1c: (%) <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) ※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 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <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

患者署名

医師氏名