**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：  糖尿病　高血圧　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】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】 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運動 | 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　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活の活動量増加（例：１日１万歩・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運動時の注意事項など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 仕事　　余暇　　睡眠の確保（質・量）　　減量  家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）　　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（　低栄養の恐れ　・　良好　・　肥満　）  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 |
|  |  |  |