東北信地域糖尿病療養指導士

糖尿病療養指導自験例の記録

受付番号（記入しないでください）：

※分かる範囲で数値や薬品名を記入してください、選択肢については〇で囲んでください　　**症例番号：（　　）**

医療職	看護師・保健師・准看護師　管理栄養士・栄養士　薬剤師　臨床検査技師　理学療法士　その他

1．症例　ID　：（　　）　年齢：（　　）歳　性別：男 ・ 女

指導期間：（　　）年（　　）月（　　）日～（　　）年（　　）月（　　）日　（ 入院 ・ 外来 ・ 在宅 ）

2．療養指導開始時の患者の状態　※ 記載可能な範囲で記入ください

（1）病型　：　1型 ・ 2型 ・ 妊娠糖尿病 ・ その他（　　）

（2）罹病期間　：　約（　　）年

（3）嗜好品　：　飲酒　－　＋　　喫煙　－　＋

（4）体格　：　身長（　　）cm　体重（　　）kg　BMI（　　）kg/m2

（5）検査データ　：　HbA1c（　　）%

（6）合併症・併発症　：　網膜症　－　＋　（ 単純 ・ 前増殖 ・ 増殖 ）

腎症　－　＋　（ 病期 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）

神経障害　－　＋

動脈硬化症　－　＋　（ 脳 ・ 心臓 ・ 末梢動脈 ・ その他　　）

高血圧症　－　＋

脂質異常症　－　＋

3．療養指導開始時の医師の治療方針　※ 記載可能な範囲で記入ください

（1）食事療法　：　指示エネルギー　（　　）kcal/日

減塩　－　＋　（　　）g/日

蛋白制限　－　＋　（　　）g/日

（2）運動療法　：　－　＋　（　　）

（3）薬物療法　：　経口糖尿病薬　－　＋　（薬品名　　）

：　インスリン　－　＋　（薬品名　　）

合計単位　　単位/日

4．本症例に行った療養指導　※ 療養指導、連携、患者さんの変化の内容を詳細に記載してください

①この症例の療養指導上の問題点（あなたの職種から見て）　③主治医やチームの他職種との連携

②その問題点への対応　④あなたの指導による患者さんの変化