

# 糖尿病療養指導自験例の記録

申請者氏名 \_\_\_\_\_

1. 症例識別および療養指導を行った施設	症例番号： _____	年齢： _____ 歳	性別： 男 ・ 女
指導期間：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
入院（所）/外来/在宅の別： 入院（所） ・ 外来 ・ 在宅			
施設：病院・診療所・保健所・保健センター・薬局・その他（施設の種類を記入； _____）			
2. 療養指導開始時の状態および身体所見			
(1) 病型：1型・2型・妊娠糖尿病・その他（ _____ ）			
(2) 罹病期間：約 _____ 年 _____ ヶ月（不明の場合は受療期間：約 _____ 年 _____ ヶ月）			
(3) 喫煙：あり・なし			
(4) 身長： _____ cm、体重： _____ kg、BMI _____ kg/m <sup>2</sup> 、血圧： _____ / _____ mmHg、HbA1c _____ % 血糖値： _____ mg/dl（空腹時・随時） 血清脂質（mg/dl）：総コレステロール _____、HDLコレステロール _____、LDLコレステロール _____、中性脂肪 _____、			
(5) 合併症 動脈硬化性疾患：あり（脳・心・末梢動脈・他 _____）・なし・不明 網膜症：あり（単純・前増殖・増殖）・なし・不明 高血圧症：あり（内服薬服用：あり・なし）・なし・不明 腎症：病期 1・2・3・4・5・不明 脂質異常症：あり（内服薬服用：あり・なし）・なし・不明 神経障害：あり・なし・不明 その他の特記事項： _____			
3. 療養開始時の治療方針			
(3) 薬物療法：あり・なし			
(1) 食事療法 ・ 経口糖尿病薬：薬品名① _____ mg/日 薬品名② _____ mg/日 ・ 指示エネルギー： _____ Kcal/日 薬品名③ _____ mg/日 薬品名④ _____ mg/日 ・ 食塩制限：あり（ _____ g/日）・なし ・ インスリン名：薬品名① _____（朝・昼・夕・就寝前）薬品名② _____（朝・昼・夕・就寝前） ・ 蛋白制限：あり（ _____ g/日）・なし 薬品名③ _____（朝・昼・夕・就寝前）薬品名④ _____（朝・昼・夕・就寝前）			
(2) 運動療法：あり・なし・指示なし 合計単位 _____ U/日 （ _____ ） ・ GLP1製剤：薬品名 _____			
4. 本症例に行った療養指導（以下の（1）～（3）に関して、具体的に記入して下さい）			
(1) 本症例の療養指導上の問題点			
(2) あなたが行った具体的対応			
(3) あなたの療養指導に対する患者さんの反応や変化			