

事例記載用紙 No1.【記載モデル】

認定番号	—	職種	
------	---	----	--

1. 患者の基本情報（支援開始時）	
(1) 年齢：..... 歳	性別：男 ・ 女
入院 ・ 外来 ・ 在宅	
(2) 病型： 1型 ・ 2型 ・ 妊娠糖尿病 ・ その他（.....）	
(3) 罹病期間：約..... 年（不明の場合は受療期間：約..... 年）	(4) 喫煙の有無： あり ・ なし
(5) 身長：..... cm 、 体重：..... kg 、 BMI：..... kg/m ² 、 血圧：..... mmHg 、 HbA _{1c} ：..... %	
血清脂質(mg/dl)： Total chol (.....) 、 HDL-chol (.....) 、 LDL-chol (.....) 、 TG (.....)	
(6) 合併症	
網膜症：あり（単純・前増殖・増殖） ・ なし ・ 不明	動脈硬化症：あり（脳・心・末梢動脈・他.....） ・ なし
腎症：病期1・2・3・4・5 ・ 不明	高血圧症：あり（降圧薬服用：あり・なし） ・ なし
神経障害：あり ・ なし ・ 不明	脂質異常症：あり（脂質異常症治療薬服用：あり・なし） ・ なし
その他の特記事項：	

2. 支援開始時の治療方針	
(1) 食事療法	(3) 薬物療法
指示エネルギー：..... kcal/日	経口糖尿病薬： あり ・ なし
減塩：あり（..... g/日） ・ なし	薬品名..... mg/日
蛋白制限：あり（..... g/日） ・ なし	薬品名..... mg/日
	薬品名..... mg/日
(2) 運動療法：あり ・ なし	インスリン： あり ・ なし
内容：	薬品名..... (朝・昼・夕・就寝前)
	薬品名..... (朝・昼・夕・就寝前)
	薬品名..... (朝・昼・夕・就寝前)
	合計単位：..... U/日
	インスリンポンプを使用の場合は、使用状況
	他の注射薬： あり ・ なし
	薬品名.....



1. 患者の基本情報と2. 支援開始時の治療方針は、患者情報にあたることです。

支援の根拠になりますので、可能な範囲でデータを記入してください。

カルテの閲覧が困難な場合はその旨を示し、記入漏れのないように記入してください。例えば、カルテに情報がないのなら「記載なし」と記入し、記載漏れなのか、情報がないのかわかるようにしてください。

3. 事例について、どのような患者なのか経過などを含めて記載してください。
患者の全体像がわかるように、今までの糖尿病との付き合い方、糖尿病に対する患者の考え、症状、職業や家族構成といった背景などを含めて、要約してください。

4. 患者に行ったあなたの関わりについて記載してください。

- 1) あなたの職種からみた、この症例の療養指導上の課題
- 2) 1) に対してあなたが取り組んだ具体的な支援内容
- 3) その対応（あなたの関わり）による結果（患者やスタッフの変化を具体的に記載する）

- 1) 療養指導上の課題は、課題ごとに優先度も考えて記載してください。
課題として考えた具体的な根拠を、患者の言動、検査データなど変化した時期を含めて述べてください。
- 2) 課題ごとに支援内容を記載してください。
その際、あなた自身がどのようなことを行ったのか（患者に対して、チームに対して）や、グループとしてどのような働きかけをしたのかが分かるように具体的な記載をしてください。
あなたの職種をいかした働きかけの内容が具体的に記載されると良いと思います。
- 3) 結果には、患者の身体的指標（体重、HbA1c、検査結果など）、行動の変化、患者や家族の言動など客観的指標を含めて評価を行ってください。
その成果（現状）から、今後の方向性を考察してください。

*記載していただいた全内容は、審査以外には使用しません。個人情報に十分考慮し、厳格に対応いたします。
*指定したスペース内に収まるように記載し、過不足のないように注意してください。また、誤字脱字の再確認もお願いします。