

愛媛地域糖尿病療養指導士 認定更新
糖尿病療養指導事例記載用紙

認定番号	—	職種	
------	---	----	--

1. 療養指導時の状況	
(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	高脂血症：あり (高脂血症治療薬服用：あり・なし) ・ なし
その他の特記事項：	

2. 療養指導時の治療方針	
(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
(2) 運動療法：あり ・ なし	薬品名_____mg/日
内容：	インスリン： あり ・ なし
	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

3. 症例について、どのような症例なのか経過などを含めて記載してください。

4. 本症例に行った療養指導について記載してください。

- 1) あなたの職種、指導施設からみて、この症例の療養指導上の問題点
- 2) 1) の問題点へのあなたの対応
- 3) その対応（あなたの指導）による結果（患者さんの変化など）