

糖尿病療養指導自験例の記録

申請者氏名

※分かる範囲で数値や薬剤名を記入してください、選択肢については○で囲んでください。【症例番号: (1～5のいずれかを記入)】

医療職	看護師・保健師・准看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、その他()		
1. 症例	ID () 不明	年齢 歳	性別 (男・女)
	指導期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (終了・継続中) (入院・外来・在宅)		

2. 療養指導開始時の患者の状態			
(1) 病型	1型 2型 妊娠糖尿病 その他() 不明		
(2) 罹病期間	約 年 不明		
(3) 嗜好品	飲酒 - + 不明 喫煙 - + 不明		
(4) 体格	身長 cm 不明 体重 kg 不明 BMI kg/m ² 不明		
(5) 検査データ	HbA1c(NGSP) % 不明		
(6) 合併症・併発症	網膜症 - + (単純・前増殖・増殖・不明) 不明		
	腎症 1期 + (2期・3期・4期・5期・不明) 不明		
	神経障害 - + 不明		
	動脈硬化症 - + (脳・心臓・末梢血管・その他・不明) 不明		
	高血圧 - + 不明		
	脂質異常症 - + 不明		

3. 療養指導開始時の医師の治療方針			
(1) 食事療法	指示エネルギー kcal/日 不明		
	塩分制限 - + (g/日) 不明		
	蛋白制限 - + (g/日) 不明		
(2) 運動療法	- + () 不明		
(3) 薬物療法	経口糖尿病薬 - + (薬剤名) 不明		
	インスリン製剤 - + (薬剤名) 不明		
	GLP-1製剤 - + (薬剤名) 不明		

4. 本症例に行った療養指導

- ①自分の職種での療法指導上の問題提起 ②どのような関わりをしたか ③どのような成果があったかについて
①～③の箇条書きでまとめて下さい。

注) 症例の治療経過を記載する必要はありません。

注釈: 本記録は、特定の患者さん個人の識別を求めるものではなく、診療録No.だけで施設名を記載しない匿名化をはかっているため、個人情報保護法の対象とはなりませんが、記録記載にあたっては患者さんの特定が可能となるような記載はなされないようご注意ください。また、事務局では本記録を厳重に管理し、使用目的を達した場合は廃棄いたします。