

(令和6年6月1日以降)

高血圧、脂質異常症、糖尿病にて通院中の患者さまへ

いつも当院をご利用頂き誠にありがとうございます。
います。

国（厚生労働省）政策により、6月1日から医療費の改定を行う事となりました。

6月1日から、患者様には個々に応じた目標設定、血圧や体重、食事、運動に関する具体的な指導内容、検査結果を記載した【**療養計画書**】
へ署名を頂く必要がありますので、お忙しいところ大変恐縮ですが、どうかご理解・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。



(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 令和 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)
	<input type="checkbox"/> HbA1c: (%)
【①達成目標】: 患者と相談した目標	()
	()
【②行動目標】: 患者と相談した目標	()
	()

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量:)を週 (回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量:)を週 (回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 (日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 (拍/分 or)) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測 (<input type="checkbox"/> 歩数、 <input type="checkbox"/> 体重、 <input type="checkbox"/> 血圧、 <input type="checkbox"/> 腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 ()

【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 血糖 (<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 低栄養状態の恐れ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名	医師氏名
------	------