

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)
生年月日:明・大・昭・平・令	年 月 日生(才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【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目標の達成状況】 ()
【②達成目標】:患者と相談した目標	()
【③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"/> 今回は、指導の必要なし <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"/> 今回は、指導の必要なし <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"/> 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(歩数、体重、血圧、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 (低栄養状態の恐れ 良好 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

患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。(なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

精神科訪問看護指示書

指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	年	月	日
			(歳)			
患者住所	電話 () -		施設名			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
傷病名コード						
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状況					
	投与中の薬剤 の用量・用法					
	病名告知	あり ・ なし				
	治療の受け入れ					
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし				
		理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ()				
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし				
	複数回訪問の必要性	あり ・ なし				
日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)					
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項						
1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用の支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他						
緊急時の連絡先 不在時の対応法						
主治医との情報交換の手段						
特記すべき留意事項						

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿