

第 回 飯田下伊那地域療養指導士認定試験

糖尿病療養指導自験例の記録

受験番号(記入しないでください):

※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:()

医療職 看護師・保健師・准看護師、薬剤師、管理栄養士・栄養士、臨床検査技師、理学療法士

1 症例 ID 年齢 歳 男・女
指導期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (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	(6)合併症・併発症	
	その他			網膜症 - + (単純・前増殖・増殖)	
(2)罹病期間	約	年		腎症 - + (病期 1・2・3・4・5)	
(3)嗜好品	飲酒 - +	喫煙 - +		神経障害 - +	
(4)体格	身長	cm	体重	kg	動脈硬化症 - + (脳・心臓・末梢血管・その他)
	BMI	kg/m ²			高血圧 - +
(5)検査データ	HbA1c (NGSP値)	%			脂質異常症 - +

3 療養指導開始時の医師の治療方針

(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 - +
塩分制限 - + () g/日	(薬剤名)
蛋白制限 - + () g/日	インスリン - +
(2)運動療法 - + ()	(薬剤名)

4 本症例に行った療養指導

① この症例の療養指導上の問題点(あなたの職種から見て)

② その問題点への対応(主治医やチームの他職種との連携)

③ あなたの指導による患者さんの変化