

保健から医療への糖尿病保健指導報告書

年 月 日

医療機関名

主治医 御机下

ご紹介いただきました下記の方の保健(栄養)指導を実施しましたので報告いたします。

市町村名
保健指導担当課長名

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所		電話番号	
保健指導 実施日	年 月 日	指導対象	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ
指示内容	食事療法: <input type="checkbox"/> 糖尿病()単位食・()kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> その他() 運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() その他:		
指導にあ たったの 問診情報	<家族背景> <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり(仕事内容:) <input type="checkbox"/> 就業なし(家庭での役割:) <1日の生活の流れ> <食事>・食事時間 朝食 時(分間) 昼食 時(分間) 夕食 時(分間) ・家庭での主な調理担当者(本人・妻・夫・嫁・その他) ・外食、惣菜利用 (回/週) ・偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に) ・1食あたりの主食分量 ご飯 杯 パン 枚 ・1日あたりの肉・魚等摂取状況: (肉 回・魚 回・卵 回・大豆 回 ・食塩摂取状況(1日の味噌汁摂取回数、漬物摂取回数・量 等) () ・嗜好品 タバコ 本/日 飲酒 合/日 ・間食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に) ・その他 <定期的な運動> <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施(具体的な内容) <その他>		
指導内容			
問 題 点			
今後の方針 ※	<input type="checkbox"/> 終了(本人の希望があれば相談に応じていく) <input type="checkbox"/> 継続指導予定 (ヶ月後) <input type="checkbox"/> その他()		
連絡事項			

※治療の継続及び中止等保健指導についてのご指示等
ございましたら、ご連絡をお願いいたします。

保健指導担当者名
TEL: