**一般社団法人　臨床糖尿病支援ネットワーク**

（必要枚数だけコピーしてお使いください。）　　　　　　　　　　　　**症例の教育記録**　　　　　　　　　　　　　　　＊の項目は該当するものを○で囲むこと

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 | L | 氏名 |  | NO. |
| 職種 |  | | | |

|  |
| --- |
| １、症例の識別および療養指導をおこなった施設 |
| 年齢：　　　　　　　　性別＊： 男 ･ 女　　　　　指導期間：（西暦）　　　　年　　月～　　　　年　　月  入院／外来／在宅の別：入院　外来　在宅　　　　　　　　　　施設：　　　　　　　　　　　　　　　　　（例：診療所、保健所などを具体的に記入） |

|  |  |
| --- | --- |
| ２、療養指導開始時の状態及び身体所見（可能な限り記載） | |
| （１）病型＊：1型・2型・妊娠糖尿病・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （２）罹病期間：約　　　年（不明の場合は受療期間：約　　　　年）　　　（３）喫煙の有無＊：無、有（本数　本/日、電子タバコ）  （４）身長：　　　　cm、体重　　　kg、BMI：　　　　　kg/m2、血圧：　　　　　　mmHg（家庭、外来随時）、　HbA1C：　　%  　　　血清脂質（mg/dL）：TC( ), HDL-C( ), LDL-C( ),TG( ) | |
| （５）合併症  網膜症＊　　：－　＋（単純・前増殖・増殖）　記載なし　　　　　高血圧症＊　　　　：－　＋（薬物療法：－　＋）  腎症＊　　　：病期　１・２・３・４・５　記載なし　　　　　　　脂質異常症＊　　　　：－　＋（薬物療法：－　＋）  神経障害＊　：－　＋　記載なし　　　　　　　　　　　　　　　　その他の特記事項：  動脈硬化症＊：－　＋　（脳・心・末梢動脈・他　　　　　）記載なし | |
| ３、療養指導開始時の医師の治療方針（可能な限り記載） | |
| 1. 食事療法   指示エネルギー　：　　　kcal／日  減塩＊　　　　　：－　＋　（　　　g／日）  蛋白制限＊　　　：－　＋　（　　　g／日） | 1. 運動療法＊：　－　＋ |
| （３）薬物療法　経口糖尿病薬＊：　－　＋  スルフォニル尿素薬：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  ビグアナイド薬：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  αグルコシダーゼ阻害薬：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  グリニド製剤：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  チアゾリジン誘導体：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  DPP4阻害薬：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  　　　　　　　　　　　：薬品名　　　　　　　　　　　mg／週  SGLT2阻害薬：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  GLP-1受容体作動薬：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  イメグリミン：薬品名　　　　　　　　　　　mg／日  ※合剤はそれぞれ含まれている薬品名に分解して記載すること | （３）薬物療法　注射製剤＊　－　＋  ＜インスリン＞  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前)　　　　　単位  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前)　　　　　単位  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前)　　　　　単位  ＜GLP-1受容体作動薬＞  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前) mg／日  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前) mg／週  <インスリンGLP-1受容体作動薬＞  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前)　　　　　ﾄﾞｰｽﾞ／日  ＜GIP/GLP-1受容体作動薬＞  薬品名　　　　　　　　　　　　　(朝・昼・夕・眠前)　　　　　mg／週 |

|  |
| --- |
| ４、この症例がどのような症例であるか簡単にまとめなさい。 |
|  |

|  |
| --- |
| ５、この症例におこなった療養指導（次の①～④に関して、各項目３つ以内で簡潔にまとめなさい。） |
| 1. この症例の療養指導上の問題点（特にあなたの職種、指導施設からみて）   ・  ・  ・   1. ①の問題点への対応   ・  ・  ・   1. 主治医やチームの他職種との連携   ・  ・  ・   1. あなたの指導による患者様の変化   ・  ・  ・ |