

Lifestyle Disease Treatment Plan - Initial Form/生活習慣病 療養計画書 初回用

(Date of entry/記入日: Year/年

Month/月 Day/日)

Patient name/患者氏名: (Male/男・Female/女)
Date of birth/生年月日: Year/年 Month/月 Day/日 (Age/年齢:)

Primary condition/主病:
Diabetes/糖尿病
Hypertension/高血圧症
Dyslipidemia/脂質異常症

Aim: To understand test results and identify personal lifestyle issues to set goals/
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

Targets/目標
Weight/体重:(kg) BMI:() HbA1c:(%)
Systolic/Diastolic blood pressure/収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)
Achievement targets/達成目標: Targets discussed with patient/患者と相談した目標
Behavioral targets/行動目標: Targets discussed with patient/患者と相談した目標

Priority areas and guidance items / 重点を置く領域と指導項目
Diet/食事
Exercise/運動
Smoking/たばこ
Other/その他

Tests/検査
Blood test items/血液検査項目 (Blood drawn date/採血日: Month/月 Day/日)
Blood glucose/血糖
HbA1c:
Nutritional status/栄養状態 (Risk of malnutrition/低栄養状態の恐れ: Good/良好 Obese/肥満)

For implementation items, check and fill in with specific details/実施項目は、にチェック、内には具体的に記入
Patient signature/患者署名
Doctor's name/医師氏名

Lifestyle Disease Treatment Plan - Continuation Form/生活習慣病 療養計画書 継続用

(Date of entry/記入日: Year/年 Year/年 Month/月 Day/日 () time/回目

Patient name/患者氏名: (Male/男・Female/女)
Date of birth/生年月日: Year/年 Month/月 Day/日 (Age/年齢:)

Primary condition/主病:
Diabetes/糖尿病
Hypertension/高血圧症
Dyslipidemia/脂質異常症

Aim: To understand progress toward priority goals and work on resetting goals and improving lifestyle habits as instructed/
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

Targets/目標
Weight/体重: (kg) BMI:() HbA1c:(%)
Systolic/Diastolic blood pressure/収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)
Target achievement status/目標の達成状況
Achievement targets/達成目標: Targets discussed with patient/患者と相談した目標
Behavioral targets/行動目標: Targets discussed with patient/患者と相談した目標

Priority areas and guidance items/重点を置く領域と指導項目
Diet/食事
Exercise/運動
Smoking/たばこ
Other/その他

Tests/検査
Blood test items/血液検査項目
Blood glucose/血糖
HbA1c:
Other/その他
Nutritional status/栄養状態

For implementation items, check and fill in with specific details/実施項目は、にチェック、内には具体的に記入

Patient signature/患者署名

Doctor's name/医師氏名

Confirmed that the patient understood the contents of the treatment plan after receiving explanation./
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。

(When the attending physician has checked the above items, the patient's signature may be omitted/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)