

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

(วันที่เขียน/Date of entry/記入日: ปี/Year/年

เดือน/Month/月 วัน/Day/日)

ชื่อผู้ป่วย/Patient name/患者氏名:	(ชาย/Male/男 · หญิง/Female/女)
วันเดือนปีเกิด/Date of birth/生年月日:	ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日 (อายุ/Age/年齢: )

อาการป่วยหลัก/Primary condition/主病:
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน/Diabetes/糖尿病
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง/Hypertension/高血圧症
<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง/Dyslipidemia/脂質異常症

จุดประสงค์: เพื่อทำความเข้าใจผลการตรวจและระบุประเด็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองแล้วกำหนดเป้าหมาย/  
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

【เป้าหมาย/Targets/目標】

น้ำหนัก/Weight/体重:( kg)  BMI:( )  HbA1c:( %)

ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว/ขณะหัวใจคลายตัว/Systolic/Diastolic blood pressure/収縮期/拡張期血圧 ( / mmHg)

【① เป้าหมายความสำเร็จ/Achievement targets/達成目標】:เป้าหมายที่ได้ปรึกษากับผู้ป่วย/Targets discussed with patient/患者と相談した目標

【② เป้าหมายการปฏิบัติ/Behavioral targets/行動目標】:เป้าหมายที่ได้ปรึกษากับผู้ป่วย/Targets discussed with patient/患者と相談した目標

【เป้าหมาย/Targets/目標】	<p><input type="checkbox"/> น้ำหนัก/Weight/体重:( kg) <input type="checkbox"/> BMI:( ) <input type="checkbox"/> HbA1c:( %)</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว/ขณะหัวใจคลายตัว/Systolic/Diastolic blood pressure/収縮期/拡張期血圧 ( / mmHg)</p> <p>【① เป้าหมายความสำเร็จ/Achievement targets/達成目標】:เป้าหมายที่ได้ปรึกษากับผู้ป่วย/Targets discussed with patient/患者と相談した目標</p> <p>【② เป้าหมายการปฏิบัติ/Behavioral targets/行動目標】:เป้าหมายที่ได้ปรึกษากับผู้ป่วย/Targets discussed with patient/患者と相談した目標</p>
-----------------------	--

【ส่วนที่เน้นให้ความสำคัญและข้อแนะนำ / Priority areas and guidance items / 重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร/Diet/食事 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ปรับปริมาณการบริโภคอาหารให้เหมาะสม/Optimize food intake/食事摂取量を適正にする</li> <li><input type="checkbox"/> ลดเกลือและเครื่องปรุงรส/Reduce salt and seasonings/食塩・調味料を控える</li> <li><input type="checkbox"/> เพิ่มการบริโภคอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก เห็ด สาหร่าย ฯลฯ/Increase intake of vegetables, mushrooms, seaweed, and other dietary fiber/野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす</li> <li><input type="checkbox"/> ลดการบริโภคอาหารที่ใช้น้ำมัน (ของทอด ของผัด ฯลฯ)/Reduce intake of dishes using oil (fried foods, stir-fries, etc./油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす</li> <li><input type="checkbox"/> ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์/Moderate alcohol/節酒:</li> <li>[ลด/Reduce/減らす (ประเภท/type/種類: ) ·ปริมาณ/amount/量:( ) ครั้ง/สัปดาห์/times per week/回/週]</li> <li>อาหารว่าง/Snacks/間食:</li> <li>[ลด/Reduce/減らす (ประเภท/type/種類: ) ·ปริมาณ/amount/量:( ) ครั้ง/สัปดาห์/times per week/回/週]</li> <li><input type="checkbox"/> พฤติกรรมการกิน/Eating habits/食べ方: (กินช้า ๆ/eat slowly/ゆっくり食べる ·อื่น ๆ/other/その他 ( ))</li> <li><input type="checkbox"/> เวลารับประทานอาหาร/Meal times/食事時間:</li> <li>รับประทานอาหารเช้า อาหารกลางวันและอาหารเย็นในตรงเวลาสม่ำเสมอ/Have breakfast, lunch, and dinner regularly/朝食、昼食、夕食を規則正しくとる</li> <li><input type="checkbox"/> ข้อควรระวังเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน/Points to note when dining out/外食の際の注意事項 ( )</li> <li><input type="checkbox"/> อื่น ๆ/Other/その他 ( )</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย/Exercise/運動 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> การสั่งให้ออกกำลังกาย/Exercise prescription/運動処方: ประเภท/type/種類 (การเดิน/walking/ウォーキング · )</li> <li>ระยะเวลา/Duration/時間 (ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป/30 minutes or more/30分以上 · )</li> <li>ความถี่/Frequency/頻度 (เกือบทุกวัน/almost daily/ほぼ毎日 · ( ) วัน/สัปดาห์/days a week/日/週)</li> <li>ระดับความแรง/Intensity/強度 (ระดับที่หายใจเร็วและแรงแต่ยังสามารถสนทนาได้/slightly breathless but able to converse/息がはずむが会話が可能な強さ OR การเต้นของชีพจร/pulse/脈拍 ( ) ครั้ง/นาที/beats/min/拍/分 OR )</li> <li><input type="checkbox"/> เพิ่มปริมาณกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน/Increase daily activity level/日常生活の活動量増加 (ตัวอย่าง/example/例: วันละ 10,000 ก้าว/10,000 steps per day/1日1万歩 · )</li> <li><input type="checkbox"/> ข้อควรระวังในขณะออกกำลังกาย ฯลฯ/Exercise precautions, etc./運動時の注意事項など ( )</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> บุหรี่/Smoking/たばこ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่/Non-smoker/非喫煙者である</li> <li><input type="checkbox"/> การเลิกสูบบุหรี่หรือลดการสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลดี/Benefits of quitting/reducing smoking/禁煙・節煙の有効性</li> <li><input type="checkbox"/> วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ/Methods for quitting smoking, etc./禁煙の実施方法等</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ/Other/その他 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> การทำงาน/Work/仕事 <input type="checkbox"/> เวลาว่าง/Leisure/余暇</li> <li><input type="checkbox"/> นอนหลับให้เพียงพอ/Ensure adequate sleep/睡眠の確保 (คุณภาพและปริมาณ/quality/quantity/質・量) <input type="checkbox"/> ลดน้ำหนัก/Weight reduction/減量</li> <li><input type="checkbox"/> การวัดที่บ้าน/Home measurements/家庭での計測 (จำนวนก้าว น้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว ฯลฯ/step count, weight, blood pressure, waist circumference, etc./歩数、体重、血圧、腹囲等)</li> <li><input type="checkbox"/> อื่น ๆ/Other/その他 ( )</li> </ul>

【การตรวจ/Tests/検査】	<b>【หัวข้อการตรวจเลือด/Blood test items/血液検査項目】</b> (วันเจาะเลือด/Blood drawn date/採血日: เดือน/Month/月 วัน/Day/日) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> น้ำตาลในเลือด/ Blood glucose/血糖             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ตอนงดอาหาร/fasting/空腹時</li> <li><input type="checkbox"/> ตามเวลาสะดวก/random/隨時</li> <li><input type="checkbox"/> หลังอาหาร/post-meal/食後 ( ) ชั่วโมง/hours/時間</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> HbA1c: ( ) %</li> <li><input type="checkbox"/> คอเลสเตอรอลรวม/Total cholesterol/総コレステロール ( mg/dl)</li> <li><input type="checkbox"/> ไตรกลีเซอไรด์/Triglycerides/中性脂肪 ( mg/dl)</li> <li><input type="checkbox"/> HDL คอเลสเตอรอล/HDL cholesterol/HDLコレステロール ( mg/dl)</li> <li><input type="checkbox"/> LDL คอเลสเตอรอล/LDL cholesterol/LDLコレステロール ( mg/dl)</li> <li><input type="checkbox"/> อื่น ๆ/Other/その他 ( )</li> </ul>
	* ไม่จำเป็นต้องเขียนหากยื่นส่งผลการตรวจเลือดแล้ว/ No need to fill in if blood test results are handed over/血液検査結果を手交している場合は記載不要
	<b>【อื่น ๆ/Other/その他】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ภาวะโภชนาการ/Nutritional status/栄養状態 (ความเสี่ยงภาวะโภชนาการต่ำ/Risk of malnutrition/低栄養状態の恐れ: ดี/Good/良好 อ้วน/Obese/肥満)</li> <li><input type="checkbox"/> อื่น ๆ/Other/その他 ( )</li> </ul>

\* สำหรับหัวข้อที่ปฏิบัติ ให้เช็คที่ช่อง  และเขียนลงใน ( ) ให้รายละเอียด/  
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

ลายเซ็นผู้ป่วย/Patient signature/患者署名

ชื่อแพทย์/Doctor's name/医師氏名

