

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

تاريخ الدخول/Date of entry/記入日 :

سنة/Year/年

شهر/Month/月

يوم/Day/日

الحالة الصحية الأساسية/Primary condition/主病 :
 مرض السكري /Diabetes/糖尿病
 ارتفاع ضغط الدم /Hypertension/高血压症
 عسر شحميات الدم /Dyslipidemia/脂質異常症

(ذكر/Male/男 • أنثى/Female/女)

اسم المريض/Patient name/患者氏名 :

(العمر/Age/年齢)

سنة/Year/年

شهر/Month/月

يوم/Day/日

تاريخ الميلاد/Date of birth/生年月日 :

الهدف: فهم نتائج الفحوصات وتحديد مشاكل نمط الحياة الشخصية لتحديد الاهداف

/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

الوزن/Weight/体重 : (kg) 【الاهداف/Targets/目標】
 مؤشر كتلة الجسم/BMI : ()
 نسبة الهيموغلوبين السكري (HbA1c)/HbA1c : (%)

ضغط الدم الانقباضي /Systolic/收縮期 (/)
 ضغط الدم الانقباضي /Diastolic blood pressure/拡張期血圧 (/)
 مم زئبق/mmHg

【① أهداف الإنجاز/Achievement targets/達成目標】 : تمت مناقشتها مع المريض /Targets discussed with patient/患者と相談した目標

【② الأهداف السلوكية/Behavioral targets/行動目標】 : تمت مناقشتها مع المريض /Targets discussed with patient/患者と相談した目標

【الاهداف/Targets / 目標】

تقليل الملح والتوابل/Reduce salt and seasonings/食塩・調味料を控える
 تحسين تناول الطعام/Optimize food intake/食事摂取量を適正にする
 زيادة تناول الخضراوات والفطر والأعشاب البحرية والألياف الغذائية الأخرى/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
 تقليل تناول الأطباق التي تحتوي على الزيت (الأطعمة المقليّة، والأطعمة المقليّة السريعة، إلخ)/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
 معتدلة الكحول/Moderate alcohol/節酒 : [النظير/Reduce/減らす (النوع/type/種類 :
 الوجبات الخفيفة/Snacks/間食 : [النوع/type/種類 :
 عادات الأكل/Eating habits/食べ方 : (أخرى/Other/その他)
 تناول الإفطار والغداء والعشاء بانتظام : Have breakfast, lunch, and dinner regularly/朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
 أمور يجب مراعاتها عند تناول الطعام خارج المنزل /Points to note when dining out/外食の際の注意事項
 (أخرى/Other/その他)

النظام الغذائي
/Diet
/食事

【الارشادات والإرشادات ذات الأولوية المجالات/ Priority areas and guidance items / 重点を置く領域と指導項目】

وصفة التمارين/Exercise prescription/運動処方 : النوع/type/種類 (المشي/walking/ウォーキング・
 المدة/Duration/時間 (30 30 دقيقة أو أكثر/minutes or more/30分以上・
 التكرار/Frequency/頻度 (أشهر/almost daily/ほぼ毎日・ (أيام في الأسبوع /days a week/日/週)
 الشدة/Intensity/強度 أو/OR
 النبض/pulse/脈拍 (/beats/min/拍/分 أو/OR
 زيادة مستوى النشاط اليومي/Increase daily activity level/日常生活の活動量増加 (مثال/example/例 : 10,000 خطوة يوميًا /10,000 steps per day/1日1万歩・
 (احتياطات التمارين، إلخ./Exercise precautions, etc./運動時の注意事項など

التمارين
/ Exercise
/運動

غير مدخن /Non-smoker/非喫煙者である

خُطرق الإقلاع عن التدخين، إل /Methods for quitting smoking, etc./禁煙の実施方法等

فوائد الإقلاع عن التدخين/التقليل منه /Benefits of quitting/reducing smoking/禁煙・節煙の有効性

التدخين
/Smoking
/たばこ

العمل/Work/仕事
 وقت الراحة /Leisure/余暇
 ضمان قسط كافٍ من النوم /Ensure adequate sleep/睡眠の確保 (الكمية/الجدوة/quality/quantity/質・量)
 انخفاض الوزن /Weight reduction/減量
 القياسات المنزلية /Home measurements/家庭での計測 (إلخ) /step count, weight, blood pressure, waist circumference, etc./歩数、体重、血圧、腹囲等)
 (أخرى/Other/その他)

أخرى
/Other
/その他

تاريخ سحب الدم/Blood drawn date/採血日 : شهر/Month/月 يوم/Day/日 【بنود فحص الدم/Blood test items/血液検査項目】

عشوائي/random/隨時 إجمالي الكوليسترول/Total cholesterol/総コレステロール (/mg/dl) نسبة الجلوكوز في الدم/Blood glucose/血糖
 بعد الوجبات/post-meal/食後 (/hours/時間) الدهون الثلاثية/Triglycerides/中性脂肪 (/mg/dl)
 /mg/dl) كوليسترول البروتين الدهني مرتفع الكثافة /HDL cholesterol/HDLコレステロール (/mg/dl)
 %) كوليسترول البروتين الدهني منخفض الكثافة /LDL cholesterol/LDLコレステロール (/mg/dl) نسبة الهيموغلوبين السكري (HbA1c)/HbA1c :
 (أخرى/Other/その他) ※/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

【أخرى/Other/その他】

الحالة الغذائية/Nutritional status/栄養状態 جيد/Good/良好 يدين/Obese/肥満

خطر سوء التغذية/Risk of malnutrition/低栄養状態の恐れ : (أخرى/Other/その他)

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 ※

اسم الطبيب/Doctor's name/医師氏名

توقيع المريض/Patient signature/患者署名

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 : (تاريخ الدخول)

Year/年

Year/年

Month/月

Day/日

Primary condition/主病 : <input type="checkbox"/> Diabetes/糖尿病 <input type="checkbox"/> Hypertension/高血压症 <input type="checkbox"/> Dyslipidemia/脂質異常症	Patient name/患者氏名 : (أسم المريض)			
	Age/年齢 : (العمر)	Year/年	Month/月	Day/日

الهدف: لفهم التقدم نحو الاهداف ذات الاولوية والعمل على إعادة ضبطها وتحسين عادات نمط الحياة وفقاً للتعليمات

/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

<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري) (%)	<input type="checkbox"/> BMI : (مؤشر كتلة الجسم)	<input type="checkbox"/> Weight/体重 : (kg)	【الاهداف/Targets/目標】
<input type="checkbox"/> Systolic/收縮期	<input type="checkbox"/> Diastolic blood pressure/拡張期血圧 (mmHg)	<input type="checkbox"/> mmHg	【① حالة تحقيق الهدف/Target achievement status/目標の達成状況】
()			
【② أهداف الإنجاز/Achievement targets/達成目標】 : أهداف المناقشة مع المريض : (Aim: To understand progress toward priority goals and work on resetting goals and improving lifestyle habits as instructed)			
()			
【③ الأهداف السلوكية/Behavioral targets/行動目標】 : أهداف المناقشة مع المريض : (Aim: To understand progress toward priority goals and work on resetting goals and improving lifestyle habits as instructed)			
()			

<input type="checkbox"/> Reduce salt and seasonings/食塩・調味料を控える	<input type="checkbox"/> Optimize food intake/食事摂取量を適正にする	□ النظام الغذائي /Diet /食事	【الاولوية المجالات ذات الاولوية والارشادات/Priority areas and guidance items / 重点を置く領域と指導項目】
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Moderate alcohol/節酒 : (Moderate alcohol/節酒)	<input type="checkbox"/> Snacks/間食 : (Snacks/間食)	<input type="checkbox"/> Eat slowly/ゆっくり食べる・Other/その他	<input type="checkbox"/> Have breakfast, lunch, and dinner regularly/朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
<input type="checkbox"/> Other/その他	<input type="checkbox"/> Other/その他	<input type="checkbox"/> Points to note when dining out/外食の際の注意事項	

<input type="checkbox"/> Exercise prescription/運動処方 : (Exercise prescription/運動処方)	<input type="checkbox"/> Intensity/強度	□ التمارين /Exercise /運動	【الاولوية المجالات ذات الاولوية والارشادات/Priority areas and guidance items / 重点を置く領域と指導項目】
<input type="checkbox"/> Duration/時間 (30 minutes or more/30分以上)	<input type="checkbox"/> Frequency/頻度 (almost daily/ほぼ毎日)		
<input type="checkbox"/> Increase daily activity level/日常生活の活動量増加 (Increase daily activity level/日常生活の活動量増加)	<input type="checkbox"/> Other/その他	<input type="checkbox"/> Other/その他	<input type="checkbox"/> Other/その他

<input type="checkbox"/> Benefits of quitting/reducing smoking/禁煙・節煙の有効性	<input type="checkbox"/> Methods for quitting smoking, etc./禁煙の実施方法等	□ التدخين /Smoking /たばこ	【الاولوية المجالات ذات الاولوية والارشادات/Priority areas and guidance items / 重点を置く領域と指導項目】
<input type="checkbox"/> Weight reduction/減量	<input type="checkbox"/> Ensure adequate sleep/睡眠の確保 (Ensure adequate sleep/睡眠の確保)		
<input type="checkbox"/> Home measurements/家庭での計測 (Home measurements/家庭での計測)	<input type="checkbox"/> Other/その他	<input type="checkbox"/> Other/その他	<input type="checkbox"/> Other/その他

<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Total cholesterol/総コレステロール	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)
<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Triglycerides/中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)
<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Triglycerides/中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)

<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Total cholesterol/総コレステロール	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)
<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Triglycerides/中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)
<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Triglycerides/中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)

<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Total cholesterol/総コレステロール	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)
<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Triglycerides/中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)
<input type="checkbox"/> Blood glucose/血糖	<input type="checkbox"/> Triglycerides/中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol/HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol/LDLコレステロール	<input type="checkbox"/> HbA1c/HbA1c : (نسبة الهيموغلوبين السكري)

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

Doctor's name/医師氏名	Patient signature/患者署名
--------------------	------------------------

I confirm 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。

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は患者署名を省略して差し支えない