

糖尿病療養指導情報提供書

患者氏名 (年 月 日生まれ) 記入日 年 月 日

① 患者さんのKey Person (続柄: 同居: 有 ・ 無)

② 社会的支援 無 ・ 有 (介護度:)
訪問ステーション名 ()
ケアマネージャー名 ()

③ 視覚 問題なし 問題あり()
聴覚 問題なし 問題あり()

④ 眼科受診 無 ・ 有

⑤ アドヒアランス 良 ・ 悪

⑥ 食事の管理 本人 家族 () その他 ()
調理者 ()
食事の時間 (朝 昼 夕)
間食・夜食 無 ・ 有 ()

⑦ 栄養指導歴 無 ・ 有 ()
報告書 有 ・ 無

⑧ 運動療法 実施している () 実施していない

⑨ 内服管理 本人 家族 () その他 ()

⑩ 内服薬の一包化 無 ・ 有 ()

⑪ インスリン・GLP-1
の自己注射 出来る 出来ない 行っていない

⑫ 血糖自己測定 出来る 出来ない 行っていない
その他 ()

⑬ 血糖測定器 ()
穿刺器 ()

※入院中の生活状況

--

※療養における注意点（心理的・経済的状况を含む）

--

※治療上の注意点（注射剤投与時 血糖コントロール不良原因など）

--

※その他伝達事項

--