糖尿病療養指導症例**（徳島県地域糖尿病療養指導士）**申請者名　　　　　　　　修了証番号

症例番号　No. 　　 　　　　　年齢　　　　　歳　　　　性別：男・女

症例の療養指導を行った施設　　（該当するものを○で囲むこと）

(1)　施設の種類：病院・診療所・保健所・保健センター・薬局・その他

(2)　入院（入所）・外来・在宅

(3)　指導期間（西暦）　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日

**A.療養指導開始時の状態と身体所見**

1. 病型：1型・2型・妊娠糖尿病・その他　　＊ 罹病期間：約　　　年　　＊ 喫煙：あり・なし
2. 身長　　　　cm　　体重　　　　kg　　BMI　　　　kg/m2
3. 血糖値　　　mg/dl、HbA1c ％、（GA　　　　％）
4. 血圧　　　　　　/ 　　 mmHg
5. 血清脂質（mg/dl）総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 　　　 　HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 　 　 　LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　 　　　中性脂肪
6. 合併症

＊網膜症：あり（単純・前増殖・増殖）・なし　　　 ＊神経障害：あり・なし

＊腎　症：病期１・２・３・４・５

＊動脈硬化性疾患：あり（脳・心・末梢動脈・他　　　　）・なし

＊高血圧症：あり（降圧薬服用：有・無）・なし　　＊脂質異常症：あり（治療薬服用：有・無）・なし

**B.療養指導開始時の医師の治療方針**

1. 食事療法：＊指示ｴﾈﾙｷﾞｰ　　　　kcal/日　＊食塩制限：あり(　g/日)・なし　＊蛋白制限：あり(　g/日)・なし

(2) 運動療法：あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・なし

(3) 薬物療法：あり・なし

＊経口糖尿病薬　　薬品名と用量

＊インスリン 薬品名と単位

**C.本症例に行った療養指導**

（１）療養指導上の問題点

（２）（１）の問題点への具体的対応（あなたと主治医や他職種との連携を含む）

（３）あなたの指導による患者さんの自己管理上・医学的変化

（この用紙が足りない場合は白紙のコピー用紙を追加してください。切り貼りはしないでください。）

徳島県地域糖尿病療養指導士

糖尿病療養指導症例記載（様式３）の注意点

講習会で使用したプリントや糖尿病療養指導ガイド(メディカルレビュー社)、糖尿病治療ガイド(医学書院）などを参考にして記載してください。

複数の同職種受験者が同一の症例を用いて症例記載をすることは認められません。同じ症例が複数の申請者から提出された場合は、その両者とも認定されない場合があることをご注意ください。

**Ａ．療養指導開始時の状態と身体所見**

・　　　は必ず記載してください。記載のない場合は再審査の対象となります。

・(2)BMIの計算間違いもご注意下さい。

・(3)HbA1cはNGSP値を記載してください。またJDS値で測定されている場合はNGSP値に補正をしてください。

・(6)合併症は糖尿病患者の生命予後、QOLに関わる重要な所見です。また、合併症の程度によって、療養指導の内容が変わってきます。この項目の記載漏れがない様に十分ご注意下さい。

**Ｂ．療養指導開始時の医師の治療方針**

・(2)運動療法については具体的に記載をしてください。

・(3)薬物療法の記載は、薬剤の名称、使用量を正確に記載してください。

**Ｃ．本症例に行った療養指導**

**簡略すぎて状況がわかりにくい記載が多く見られます。検査結果などの具体的数値を示して記述をお願いします。**

（１）療養指導上の問題点

・自身の職種の立場のみならず、他職種の視点からも問題点を提起してください。

（２）（１）の問題点への具体的対応（あなたと主治医や他職種との連携を含む）

・自身が行った療養指導を具体的に記入してください。

・また他職種のスタッフにどのように働きかけたのかも具体的に記載をしてください。

（３）あなたの指導による患者さんの自己管理上・医学的変化

・血糖値やHbA1c値の変化、体重の変化など実際の数値を示しながら、患者さんの変化を記載してください。数値のみ記載している場合がありますが、それでは不十分です。