|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定番号 | 氏名 | 職種 |

１．症例

＊具体的に記入またはあてはまるものに○をつけてください。

|  |
| --- |
| 【症例の識別】（１）症例番号　　　　　　　　　　（２）貴施設診療録等No：　　　　（３）年齢：　　　　　　　　　　　（４）性別：（５）指導期間（西暦）　　　　年　　月　　　～　　　年　　月　（６）入院/外来/在宅の別：　　入院　　/　　外来　　/　　在宅　 |
| ２．療養指導開始の状況および身体所見　（１）病型　1型糖尿病、2型糖尿病、その他、妊娠糖尿病、不明（２）罹病期間　　　約　　年（不明の場合は受療期間　　　　年）　不明（３）合併症　神経障害・網膜症・腎症・動脈硬化性疾患・その他（　　　　　　　　　）・不明　 |
| ３．療養指導開始時の治療状況（１）食事療法　（　　　　　）カロリー、その他（　　　　　　　　）、不明（２）運動療法　（　　　　　）、不明（３）薬物療法　経口血糖降下薬、自己注射、不明　　 |
| ４．本症例に行った療養指導　　（以下の（１）～（３）に関して用紙内に収まるように記載してください。1. この症例の療養指導上の問題点（あなたの職種からみて）
2. どのようにかかわりましたか
3. この症例はどのように変化しましたか(不明の場合は記入しなくても可）
 |