|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |