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〇をつけてください。

【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）