

(様式5)

令和5年度上伊那地域糖尿病療養指導士認定試験

糖尿病療養指導自験例の記録

受験番号 (記入しないでください) :	
※分かる範囲で数値や薬剤名を記入してください。選択肢については○で囲んでください 症例番号 : ()	
医療職	看護師・保健師・准看護師 薬剤師 管理栄養士・栄養士 臨床検査技師 理学療法士
1 症例 ID	年齢 歳 男・女
指導期間 :	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院・外来・在宅)

2 療養指導開始時の患者の状態	
(1) 病 型	1型 2型 妊娠糖尿病 (6) 合併症
	その他 網膜症 - + (単純・前増殖・増殖)
(2) 罹病期間	約 年 腎 症 - + (病期 1・2・3・4・5)
(3) 嗜好品	飲酒 - + 喫煙 - + 神経障害 - +
(4) 体 格	身長 cm 体重 kg 動脈硬化症 - + (脳・心臓・末梢血管・その他)
	BMI kg/m ² 高 血 圧 - +
(5) 検査データ	HbA1c % 脂質異常症 - +

3 療養指導開始時の医師の治療方針	
(1) 食事療法	(3) 薬物療法
指示エネルギー () kcal/日	経口糖尿病薬 - +
塩分制限 - + () g/日	(薬剤名)
蛋白制限 - + () g/日	インスリン - +
(2) 運動療法 - + ()	(薬剤名)

4 本症例に行った療養指導	
①この症例の療養指導上の問題点 (あなたの職種から見て)	③あなたの指導による患者さんの変化
②その問題点への対応 (主治医やチームの他職種の連携)	