

糖尿病 地域連携栄養指導を受ける方へ（初回用）

I D : _____ 病 名 : _____ 糖尿病・内分泌代謝・腎臓内科 主治 医 : _____ ①
 患者名 : _____ 生年月日 : _____ 管理栄養士 : _____

経過	初回月	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目
月日	/	/	/	/	/	/
達成目標	① 栄養指導の必要性を理解し、栄養指導を受けることができる。 ② 食事・間食・運動等の課題を理解し、改善に向けて考えることができる。			① 食事の目安量が理解できる。 ② 食事・間食・運動等の目標を理解して、自己管理ができる。		
診 察	<ul style="list-style-type: none"> 医師が栄養指導をオーダーします。 医師より、6月目の「診察予約票」をお渡します。 					<ul style="list-style-type: none"> 医師より、終了か継続（接続パス適応）について説明をします。 継続の場合は、医師より、6月目の診察予約票をお渡しします。
検 査	<ul style="list-style-type: none"> 医師が必要と判断した場合は、検査を行います。 					
栄養指導	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士より、栄養指導を行います。 次回の栄養指導予約票と資料ファイルをお渡しします。 会計後、帰宅となります。 	<ul style="list-style-type: none"> 「かかりつけ医」での一番新しい検査値を確認します。 管理栄養士より、栄養指導を行います。 次回の栄養指導予約票と資料ファイルをお渡しします。 会計後、帰宅となります。 			<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士より、栄養指導を行います。 資料ファイルをお渡しします。 継続の場合は、次回の予約票をお渡しします。 会計後、帰宅となります。 	
体成分測定 (栄養指導時に測定)	<ul style="list-style-type: none"> 朝食摂取後4時間経過を確認し、体成分（筋肉・脂肪等）を測定します。 ペースメーカー装着の方や妊娠中の方は、測定できませんので、ご了承ください。 					<ul style="list-style-type: none"> 朝食摂取後4時間経過を確認し、体成分（筋肉・脂肪等）を測定します。 ペースメーカー装着の方や妊娠中の方は、測定できませんので、ご了承ください。

注1) 病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって、変わることもあり得ます。

注2) 期間については、現時点で予測されるものです。

連絡先：0242（75）2100

公立大学法人福島県会津医療センター附属病院

上記の説明を受け、治療内容を理解しました。

平成 年 月 日

説明者：

説明を受けた人：

続柄（ ）