

糖尿病性腎臓病重症化予防に関わる指導を受ける方へ

患者ID _____
 患者氏名 _____ 様

病名		病状説明:糖尿病性腎症()期です。糖尿病性腎症を進行させないためのエッセンスを多職種のスタッフと共に学びましょう。		終了基準:糖尿病性腎症病期の進行がないもしくは改善する 食事指導に従った食事管理ができる 自己の血圧測定、服薬管理ができる			
指導適応確定日(/)		指導1回目(/)		指導2回目(/)		指導3回目(/)	
検査・治療・処置	<ul style="list-style-type: none"> ●身長と体重を測定してください ●血液検査 ●尿検査 ●心電図検査 ●ABI検査(足関節上腕血圧比) 上記の検査を行います	<ul style="list-style-type: none"> ●再来機で受付を済ませてください ●身長と体重を測定してください ●血圧測定をしてください ●血液検査 ●尿検査があります ●診察を受けてください	<ul style="list-style-type: none"> ●再来機で受付を済ませてください ●身長と体重を測定してください ●血圧測定をしてください ●血液検査 ●尿検査があります ●診察を受けてください	<ul style="list-style-type: none"> ●再来機で受付を済ませてください ●身長と体重を測定してください ●血圧測定をしてください ●血液検査 ●尿検査があります ●診察を受けてください			
	薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ●普段内服している薬がありましたらお知らせください(お薬手帳を見せてください) 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の処方された薬を服用ください 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の処方された薬を服用ください 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の処方された薬を服用ください 		
安静度	<ul style="list-style-type: none"> ●普通通りの生活ができます ※医師の指示に応じてください 						
運動			<ul style="list-style-type: none"> ●適度な運動を行いましょう ※医師の指示がある場合は、指示に従ってください 				
説明・指導・教育	<ul style="list-style-type: none"> ●医師より、検査結果の説明がありますまた、糖尿病性腎臓病予防指導の必要性について、説明します 	※看護指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください	※看護指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください	※看護指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください			
	<ul style="list-style-type: none"> ●看護師が生活習慣などを伺います ●今後の指導予定について、看護師から説明をします 	血圧と体重を記録しましょう。 ●看護師から生活指導があります 糖尿病合併症について 検査について 治療について	●看護師から生活指導があります ●看護師運動についての指導があります ●血圧の記録を拝見します ●糖尿病手帳を拝見します ●糖尿病連携手帳を拝見します	●看護師から生活指導があります ●血圧の記録を拝見します ●糖尿病手帳を拝見します ●糖尿病連携手帳を拝見します			
	食事記録を、本日から3日間、召し上がった食事や飲み物を間食も含めてご記入して頂き、一緒にお渡しした封筒に入れて、投函してください。 ●6ヶ月以内に、眼科受診を受けておられない方は眼科受診をしてください ●喫煙されている方は禁煙してください	※栄養指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください ●管理栄養士から栄養指導があります 食事内容の確認 塩分管理について	※栄養指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください ●管理栄養士から栄養指導があります 食事内容の確認 塩分管理について	※栄養指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください ●管理栄養士から栄養指導があります 食事内容の確認 塩分管理について			
	※薬剤指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください ●特に注意して服薬が必要な場合、薬剤師から指導があります ●お薬手帳を持参してください	※薬剤指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください ●特に注意して服薬が必要な場合、薬剤師から指導があります ●お薬手帳を持参してください	※薬剤指導時間(時 分の予定) ※ご家族も可能なら同席してください ●特に注意して服薬が必要な場合、薬剤師から指導があります ●お薬手帳を持参してください				

主治医(氏名) _____

外来責任者 _____

説明看護師(氏名) _____

外来看護師 _____

この糖尿病性腎臓病重症化予防指導計画書の内容について、説明を受けました。

本人・家族(署名) _____

社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院