

## ヒアリングシート

本プログラムは、主治医の先生の生活指導方針にそって進めてまいります。すでに受診されている方については、以下の確認事項に可能な範囲でご記入いただき、初回面談時にご持参ください。誠に恐縮ですが、何卒よろしくお願いいたします。

| 確認事項                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 病名<br>※該当するものに○をつけてください                                     | <input type="checkbox"/> 糖尿病（ 1 型 ・ 2 型 ・その他 ） <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常<br><input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 （ 1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期 ・ 5 期 ）<br><input type="checkbox"/> 糖尿病性合併症 （<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症<br><input type="checkbox"/> 心疾患 （<br><input type="checkbox"/> その他 （ |                        |
| 検査結果<br>※医療機関で受けられた直近の検査<br>結果のコピーを、面談当日にご持参<br>いただいても結構です。 | 検査結果（検査日 年 月 日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |
|                                                             | 体重                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | kg                     |
|                                                             | BMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |
|                                                             | 血圧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | / mmHg                 |
|                                                             | HbA1c                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | %                      |
|                                                             | 空腹時血糖                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | mg/dl                  |
|                                                             | 血清クレアチニン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | mg/dl                  |
|                                                             | 尿蛋白                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |
|                                                             | 尿中アルブミン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
| その他検査値など                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |
| 運動制限<br>※「有」の場合は、制限の具体的な数値<br>等をお分かりになる範囲で内容欄にご記<br>入願います。  | 無 ・ 有<br>（ 内容 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |
| 食事制限<br>※「有」の場合は、制限の具体的な数値<br>等をお分かりになる範囲で内容欄にご記<br>入願います。  | エネルギー摂取量                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 無 ・ 有（ 内容 : ~ Kcal/日 ） |
|                                                             | アルコール摂取                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 無 ・ 有（ 内容 : ~ ）        |
|                                                             | 塩分摂取量                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 無 ・ 有（ 内容 : ~ g/日 ）    |
|                                                             | たんぱく質摂取量                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 無 ・ 有（ 内容 : ~ g/日 ）    |
|                                                             | カリウム摂取量                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 無 ・ 有（ 内容 : ~ g/日 ）    |
|                                                             | 食事その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |
| 喫煙<br>※現在の状況を教えてください。                                       | 無 ・ 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |
| その他                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |

ありがとうございました。

| 保健指導会社使用欄 |  |     |                 |
|-----------|--|-----|-----------------|
| お客さまコード   |  | 授受日 | 年      月      日 |