

CKD 指導報告票（各市町村→医療機関）

医療機関名： _____

医師名： _____

CKD 市町村連絡票に基づき、下記のとおり確認・指導を行いましたので、ご報告します。
 （該当する項目に☑して下さい）

患者氏名		性別	男女	生年月日	T S H R	年	月	日
連絡先	〒 _____ 市・郡 電話（ _____ - _____ ）							
指導日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ） 時 _____ 分 ~ 時 _____ 分							
方法	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 来所面接 <input type="checkbox"/> 電話							
対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（続柄： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
現在の生活状況	炊事担当	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
	運動習慣	<input type="checkbox"/> あり（種類： _____ 1回運動量： _____ 頻度： _____ ） <input type="checkbox"/> なし						
	体調管理	<input type="checkbox"/> 毎日体重を測っている <input type="checkbox"/> 血圧を定期的に測っている <input type="checkbox"/> 通院・服薬は主治医の指示に従っている <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
	食習慣	<input type="checkbox"/> 食事回数（ _____ 回/日）、間食（ _____ 回/日、内容： _____ ） <input type="checkbox"/> 食べる速度が人より速い <input type="checkbox"/> 夕食後に間食をとることが週3回以上ある <input type="checkbox"/> 寝る前2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある <input type="checkbox"/> 味噌汁など汁物（ _____ 回/日） <input type="checkbox"/> 漬物、佃煮、干物を食べる（量： _____ 頻度： _____ ） <input type="checkbox"/> 麺類等の汁は半分以上残す <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
	喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日 _____ 本× _____ 年）						
	飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（ _____ 回/週、種類： _____ 量： _____ ）						
指導・確認項目	<input type="checkbox"/> 減塩 → <input type="checkbox"/> 指示どおり実施 <input type="checkbox"/> 指示どおりできていない（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 食事指導 → <input type="checkbox"/> 指示どおり実施 <input type="checkbox"/> 指示どおりできていない（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> ウォーキング等の運動 → <input type="checkbox"/> 指示どおり実施 <input type="checkbox"/> 指示どおりできていない（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 服薬状況確認 → <input type="checkbox"/> 指示どおり服薬 <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 服薬なし <input type="checkbox"/> 定期通院を促す → <input type="checkbox"/> 定期通院中 <input type="checkbox"/> 不定期通院 <input type="checkbox"/> 通院なし <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
重点的に指導した内容								
本人の改善目標								
医師への連絡事項	* 指導時の課題・医療機関で指導して欲しい事項等							
同意確認	<input type="checkbox"/> 本人より、上記結果を主治医へ報告することへの同意あり							
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	市町村・担当課名 担当者名 電話番号							