

糖尿病療養指導／支援自験例の記録 No. ()

認定番号：	氏名：
医療職：看護師 保健師 管理栄養士 薬剤師 臨床検査技師 理学療法士 准看護師 栄養士 歯科衛生士 健康運動指導士 臨床心理士 その他糖尿病療養支援に従事する職種 () 事務 その他 ()	
症例について (不明な点は無記入でも可)	
施設：病院・診療所・その他 ()	
年齢：() 歳 性別：男・女 入院・外来・在宅	
病型：1型・2型・妊娠糖尿病・その他 ()	
合併症 ()	
この症例に行った療養指導 (第1種・第2種) / この症例への療養支援 (第3種) *各項目4つ以内の箇条書きでまとめてください	
① この症例に行った療養指導上の問題点 (第1種・第2種) / この症例への支援のきっかけ・場面 (第3種)	
② ①の問題点への対応 (第1種・第2種) / この症例にどのような支援をしたか (第3種)	
③ あなたと主治医やチームの他職種との連携 (第1種・第2種・第3種)	
④ あなたの指導による患者さんの変化 (第1種・第2種) / あなたの支援により患者さんはどのような反応があったか (第3種)	