糖尿病療養指導／支援自験例の記録　No.（　　）

認定番号：	氏名：
医療職種：	

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）
■各項目をおまとめください。　■③は必ず記載ください。

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）