**糖尿病療養指導／支援自験例の記録　No.（　　　　）**

**様式３‐１**

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| 1. 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） |
| 1. 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）
 |
| 1. 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） |