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 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）	