

生活習慣病で受診される患者様へ

令和6年度診療報酬改定により、
6月1日以降、算定方法が変わります

令和6年度診療報酬改定では、生活習慣病（糖尿病、高脂血症、高血圧症）の治療を評価する診療報酬について、「特定疾患療養管理料」の対象疾患から生活習慣病が除外されたため、「生活習慣病管理料」での算定となります。

「生活習慣病」は、生活習慣の見直しや療養管理を行うことにより、悪化を防ぎ健康寿命を延ばすことができると考えられています。

そのため、患者さんの同意のもと、栄養・運動・休養・喫煙・飲酒及び服薬等の生活習慣に関するアドバイスと療養計画書作成を行うこととなります。

徐々に移行していくことになります。

ご理解の程何卒宜しくお願い致します。

医療法人東瞭会 櫻井医院 院長

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:(%)
	【①達成目標】: 患者と相談した目標 () 【②行動目標】: 患者と相談した目標 ()
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/>食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/>野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/>外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/>油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/>その他() <input type="checkbox"/>節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/>間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/>食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/>食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/>日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/>運動時の注意事項など()
	<input type="checkbox"/> たばこ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>非喫煙者である <input type="checkbox"/>禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/>禁煙の実施方法等
	<input type="checkbox"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>仕事 <input type="checkbox"/>余暇 <input type="checkbox"/>睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/>減量 <input type="checkbox"/>家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/>その他()
【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名	医師氏名
------	------