

E. 結論

本研究は、インスリンを使用していない2型糖尿病患者への外来看護相談プロトコル案を作成し、これに沿って担当看護師が介入群患者（67名）への看護相談を行いつつ、複数の糖尿病療養指導士、糖尿病看護認定看護師らの意見を加え、プロトコルの内容および適用可能性について検討したものである。看護師の臨床経験・教育背景、看護師の配置、外来環境などによって、看護相談プロトコル適用に限界があることが示唆された。

表 1. プロトコル〔ver.2〕検討協力者

施設	病床数	病院形態	対象	資格*
A	414	一般病院	課長	①②
B	1164	大学病院	主任	①②
C	526	一般病院	外来 看護師	①

* ①糖尿病看護認定看護師

* ②日本糖尿病療養指導士

インスリンを使用していない糖尿病患者のための
外来看護相談プロトコール〔ver.3〕

1. 基本方針・姿勢

- 1) 看護師は、糖尿病患者とその家族に対し、糖尿病を伴う生活をコントロールするために必要な情報・技術提供、身体計測、技術伝達、モニタリング、心理的サポートなどを行う。
- 2) 看護師は、患者が自分の生活を振り返り、必要な生活改善プランを自己決定し、実行する過程を支援する。長期的な生活改善の視点と、望ましい生活の変化を生み出すことを目指す。
- 3) 看護師は、患者が自信をもって望ましい生活行動を維持できるよう、患者の生活背景を理解し、心情を十分に汲みとり、信頼関係を保つ姿勢をもつよう努める。

2. 原則

- 1) 看護相談の開始
患者・家族の希望、看護師による支援の必要性の判断、医師その他の医療者の依頼などによる。
- 2) 相談日
当該科受診日、毎回行う。相談間隔は、患者の生活行動改善の程度、客観的データの変化、患者の希望などを考慮し、設定する。
- 3) 担当看護師
初回看護相談から継続して同一の看護師が対応する。ただし、患者が看護師の変更を希望した場合や、患者との信頼関係を築くことができないと看護師が判断した場合などは、担当看護師の交代を検討する。
- 4) 相談時間
1回30分以上とする。
- 5) 環境
プライバシーが配慮された、外来内の専用の場所で行う。
- 6) 対象
相談は個別に行う。夫婦や家族同席で行うことが望ましいときは、夫婦・家族面談を行う。患者の希望により、家族のみの相談を実施することも考慮する。
- 7) 進め方
看護相談の進め方（図1）にそって実施する。
- 8) 記録
毎回の看護相談内容を記録する。
- 9) 未受診・中断の対応
対象者が来院しなかった場合は、次回受診日を確認する。次回受診日に、前回受診しなかった理由を適宜確認する。
- 10) 看護相談の中止
体調不良時は時間を短縮するか、その日の相談実施を見合わせる。
- 11) 看護相談の中断・延期・終了
患者が生活行動の具体策を納得して見出し、実行・維持できる、またはその見通しを認識できることの確認をもって、看護相談の終了とする。必要に応じ、看護相談を再開する。希望により、いつでも相談に応じることを伝える。

3. 看護相談で扱う内容

看護相談では、1. 食事療法に関する領域、2. 運動療法に関する領域、3. 薬物療法に関する領域、4. 身体症状とそのセルフケアに関する領域、5. ストレスマネジメントに関する領域について扱う。5 領域に共通して確認すべき情報および各領域別の確認項目、判断すべき項目、看護行為を表 1、表 2 に示した。

表 1. 5 領域に共通して確認する情報

年齢、性別、身長・体重・ウエスト周囲径
BMI・肥満度・体脂肪
既往歴
合併症の有無と程度（網膜症、腎症、神経障害、細小血管障害、大血管障害、高血圧）
日常生活動作・障害の程度
家族構成・背景
平日・休日の過ごし方（起床～就寝までの生活リズム）
職業（労作の程度）、就労時間、通勤方法、休日・休息の程度、家事労作の程度
経済的問題の有無

表 2. 各領域別の確認項目、判断すべき項目、看護行為

表 2-1 1. 食事療法に関する領域

<p><確認></p>	<p>食事療法に対する認識、感情 食事療法継続に伴う心理的負担の程度 食事に関するセルフモニタリングの程度 食事内容（量・嗜好・摂取時刻・摂取時間） 食事方法（外食・中食・自炊など）の頻度 間食（菓子・果物・飲料）の量・種類・摂取頻度 アルコールの量・種類・摂取頻度 野菜・食物繊維の摂取量 調味量の選択（減塩・低脂肪など） 主な調理者 食事療法に関するこれまでの療養行動 過去・現在の栄養相談受講状況と感想</p>
<p><判断></p>	<p>食事の特徴（早食い、まとめ食い、欠食、外食中心、中食中心、夕食が豪華、夕食から睡眠までの時間が短いなど） 栄養バランスの特徴（糖質・蛋白質・脂質の比率、推定摂取エネルギー量の過不足） 身体活動量（推定）と必要な摂取エネルギー量（過不足） 摂取量・栄養バランスなどの改善の必要性 社会的役割と食事の関係 食事内容・方法の変更の必要性に対する認識、実行可能性 食に対する欲求の程度</p>
<p><看護行為></p>	<p>セルフモニタリング（24 時間思い出し法による聞き取り、記録）の説明・提案 糖尿病のコントロールに必要な栄養バランス、量、食べ方の説明 食品交換表・フードガイドブックなどによるカロリー・栄養バランスの説明 食生活改善行動の実施と血液データ（HbA_{1c}、血糖、血清脂質など）との関連の説明 外食・中食の選び方の説明 禁酒・節酒の必要性、方法の提案 塩分制限、コレステロール制限の必要性和方法の提案 食欲を抑制することによる心理的負担の確認 栄養士との連携</p>

表 2-2 2. 運動療法に関する領域

＜確認＞	運動療法に対する認識・感情 運動療法継続に伴う心理的負担 運動に関するセルフモニタリングの程度 運動療法に関するこれまでの療養行動 過去の運動習慣・運動内容（量・好み・時刻・運動時間） 運動実施によるトラブルの有無（骨折・転倒など） 運動実施のための環境（自宅や職場近隣の安全な道路・運動施設・協力者） 低血糖出現の有無、時間と症状
＜判断＞	活動時間、生活リズムの特徴 必要な運動量、種類（有酸素運動・筋力強化運動）と程度 運動制限や合併症、身体活動性と運動療法による悪化のリスク 社会的役割と日々の活動の関係 運動の必要性和実行可能性 運動に対する興味、成功体験と運動継続の可能性 経口薬内服時間・種類・量と運動実施による低血糖出現可能性
＜看護行為＞	セルフモニタリング（体重測定・歩数計、ウエスト測定など）の説明・提案 糖尿病のコントロールに必要な活動量、種類、運動方法の説明 運動の実施と客観的データ（血液データ、体重の値）との関連の説明 運動前・中の注意（体調、靴の選択など）についての説明 運動後の症状（筋肉痛・息切れ）のセルフモニタリングの説明 脈拍測定方法の説明 運動中、運動後のアクシデント（転倒・外傷など）の有無の確認 運動する環境の安全性の確認 自宅でできる運動（ストレッチ・テレビ体操・ラジオ体操）の紹介 運動継続による心理的負担の確認

<確認>	経口薬療法に対する認識・感情、経口薬療法継続（開始）に伴う心理的負担 経口薬内服に関するセルフモニタリングの程度 経口薬療法に関するこれまでの療養行動 血糖降下剤（S 系統）の種類、作用・副作用、用量、用法の理解 副作用出現の有無、副作用による身体的苦痛、社会的制約の有無 飲み忘れの頻度、忘れる時間帯、種類、理由 飲み忘れ後の対処法 不服用、中断、意図的な用量変更の有無 低血糖の経験、頻度、時間帯、症状および予防・対処法 シックデイの対処法
<判断>	経口薬治療の段階と血糖コントロールの関係 内服行動の受け入れと継続の確実さ 食事、活動と作用時間の関係 活動時間・生活リズムと低血糖出現時間帯
<看護行為>	セルフモニタリング（残薬確認、薬箱利用、副作用、低血糖など）の説明・提案 糖尿病のコントロールに必要な経口薬の種類と作用・副作用の説明 確実な内服による血液データの変化との関連の説明 低血糖予防・対処の説明、ブドウ糖の紹介 各種血糖測定器の紹介、使用方法説明 飲み忘れ防止方法の説明 シックデイルールの説明 内服継続による心理的負担の確認 医師・薬剤師との連携
<付録>	インスリン療法導入に対する認識・感情の確認 インスリン療法によるメリット、手技の説明 インスリン注射の必要物品、使用方法、注射手順説明・技術指導 血糖測定方法説明・確認 血糖値の変動と食事・活動・インスリンとの関係について説明 低血糖予防と対処法の説明 シックデイルールの説明

表 2-4 4. 身体症状とそのセルフケアに関する領域

<確認>	合併症の有無・程度 合併症に伴う身体的苦痛、社会的制約、心理的負担の程度 定期的受診の有無 各治療内容 合併症に関するセルフモニタリングの程度
<確認>	血糖コントロールと合併症進行の認識 合併症に対する感情（楽観、悲観、危機感の程度）と療養行動の関係 職業、生活の特徴と合併症進行の関係
<看護行為>	具体的な合併症のイメージづくり（モデルによる網膜症、腎症などの説明） 定期的な受診継続の必要性の説明 合併症の程度、病期の説明（例：尿蛋白・微量アルブミンの説明と病期のイメージ化） 合併症と食事制限の必要性の説明（例：腎症の塩分制限、低蛋白食の必要性など） セルフモニタリング（血圧・尿蛋白・微量アルブミン、異常感覚など）意識を高める説明 無自覚性低血糖の説明、低血糖対処法の説明 起立性低血圧の予防法の説明 便通コントロールの方法の説明 顔面神経麻痺などの単一神経障害症状、経過の説明 足病変：足の衛生、爪の切り方、靴の選び方の説明、白癬治療継続の必要性の説明 胼胝・鶏眼の処置の説明（皮膚科受診のすすめ） 動脈硬化性疾患（心筋梗塞、脳梗塞発症）のリスクファクターと予防法の説明 禁煙・節煙の必要性、方法の説明 齲蝕・上気道感染などの予防と治療の必要性の説明 神経障害による勃起障害の説明 合併症検査のための他科受診の勧め 主治医・他科医師との連携

表 2-5 5. ストレスマネジメントに関する領域

<確認>	糖尿病発症に対する感情（遺伝したことへの悲観・楽観的な感情など） 環境要因をどうコントロールするかの認識 糖尿病の症状、合併症、自然経過の理解 疾患を伴う生活のコントロール感覚 最近のライフイベント：冠婚葬祭、退職、年中行事など キーパーソン：家族、友人、知人関係 趣味・生き甲斐（人生の楽しみ）、娯楽 生育歴
<判断>	性格 キーパーソン、社会的サポートの程度 人生観、価値観 今後の人生の展望 コーピングとその使用 医療者との信頼関係
<看護行為>	生活に伴う感情を吐露し、整理する機会の提供 認識や感情のセルフモニタリングの進め コーピングの紹介（物事をよい方へ考える、趣味を持つなど） リラクゼーション法の紹介（呼吸法など） 患者会・イベントなどの紹介

4. 看護相談の進め方

以下、図1に従って、看護相談の進め方について説明する。

ステップ1：信頼関係づくりのための接遇・環境設定

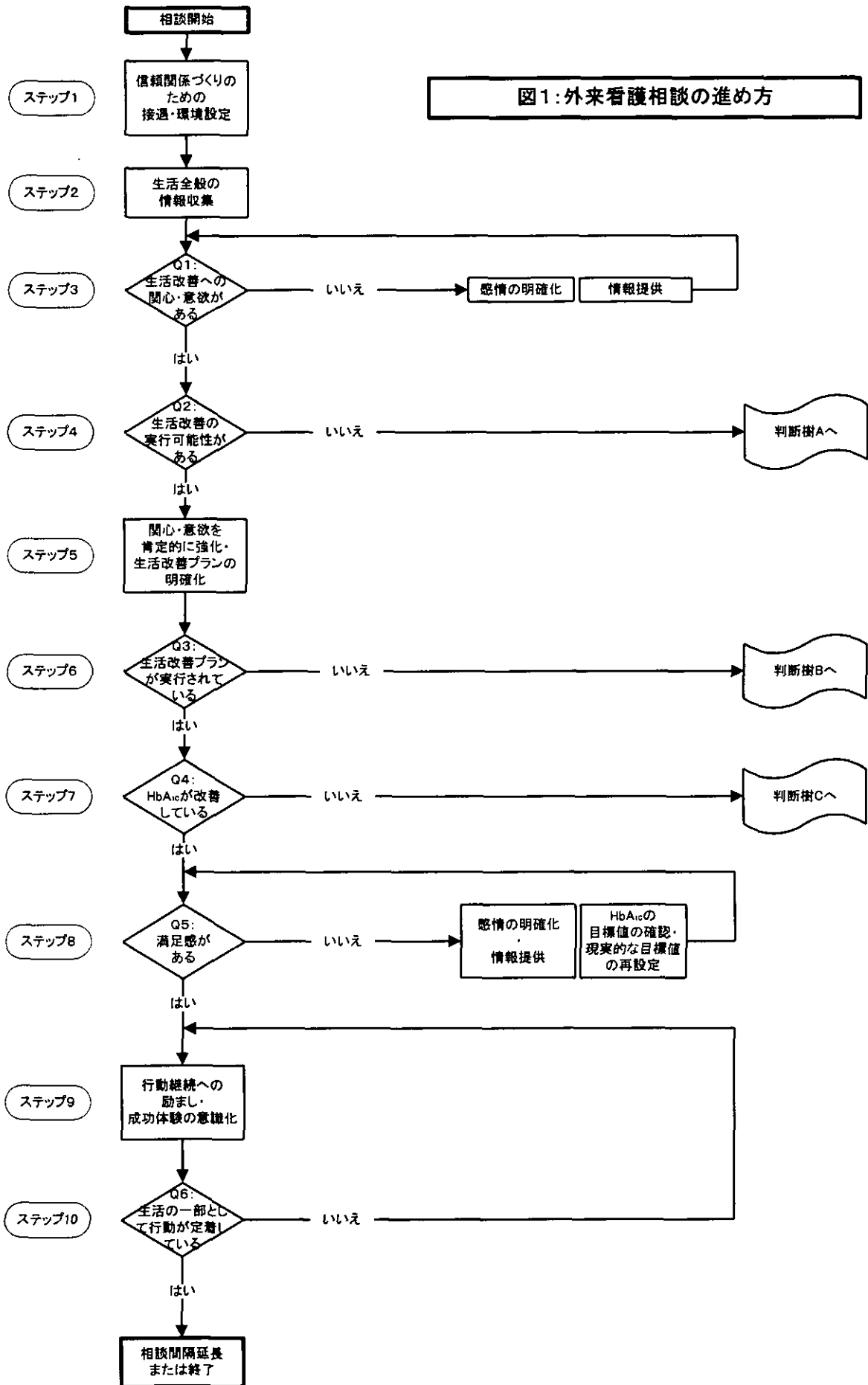
- 1) 環境設定
プライバシーを確保できる専用の個室、または間仕切りなどにより専用の空間を確保する。面談に使用する椅子と机を準備する。患者が緊張しないよう患者と看護師の座る椅子は90度の角度に配置する。また、置物・絵画などによって患者が安心できる空間をつくる。
- 2) 会話・態度
看護師から明るく挨拶し、体調を確認する。患者が最も関心のある領域、出来事を配慮しつつ話題を考え、会話を進める。

ステップ2：生活全般の情報収集

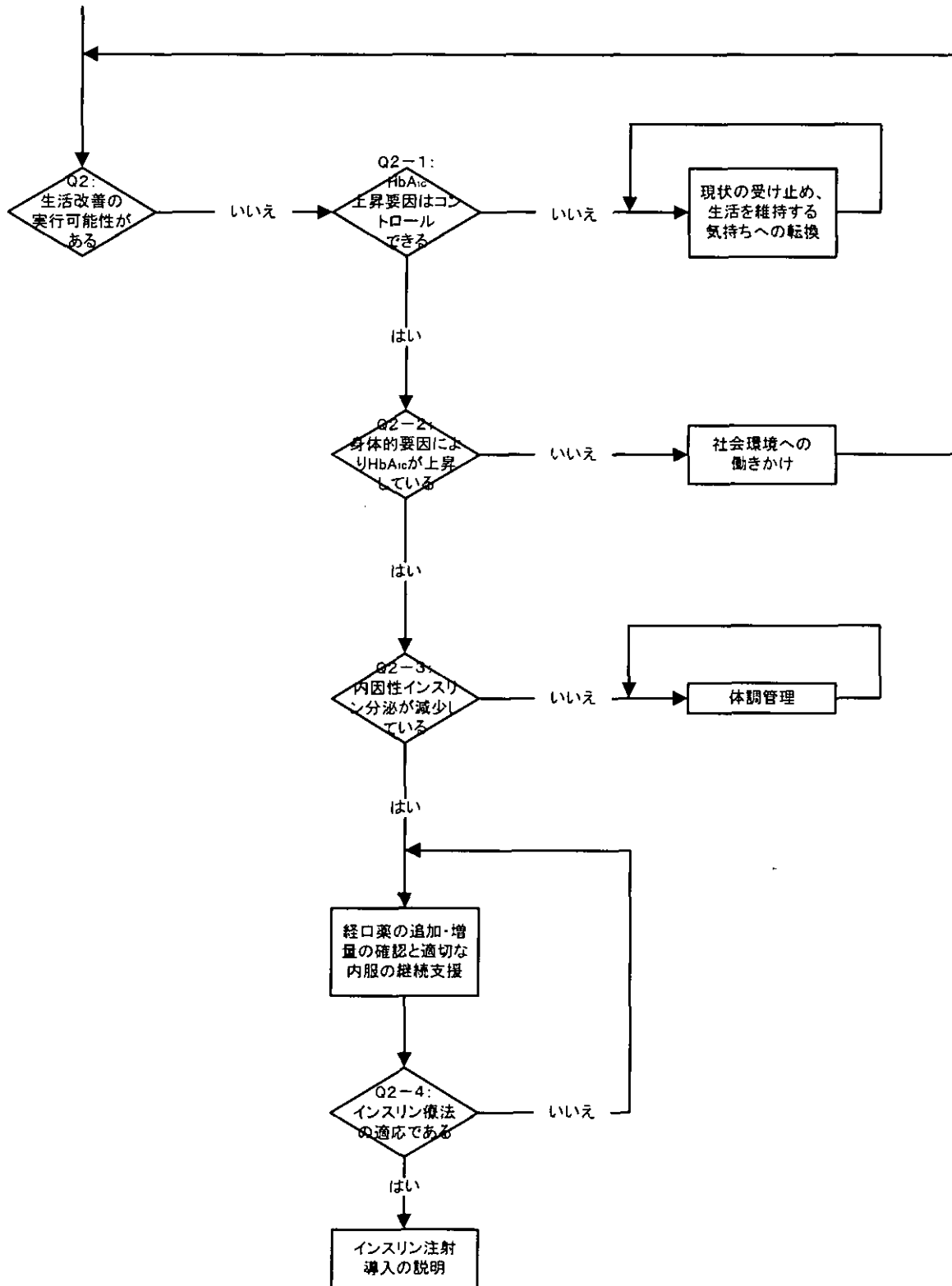
- 1) 患者自身がライフスタイルを意識化すること、また看護師が患者の生活全般を把握するため、フェイスシート、ライフスタイル・インタビューシート（資料）にそって、必要な情報を記録する。その後、適宜必要な情報を追加して記録する。
- 2) 初回相談以降、数回は、患者との信頼関係の確立と生活全般の把握、患者の認識や感情の把握につとめる。
- 3) 患者の了解を得て必要な身体計測（身長・体重、体脂肪、ウエスト周囲径など）を行う。身体計測は、患者自身が自分の身体を客観的に理解すること、看護師が患者の身体的特徴を把握することを目的とする。
- 4) ライフスタイルの把握、診療録などの情報から、多角的にHbA_{1c}に影響を与える要因を判断する（表3）。
- 5) HbA_{1c}を高めている要因を、患者自身が納得して理解するよう（合点がいくよう、「ああ、そうか」といえるよう）問いかける。
- 6) 説明に対する理解の深まりを確認しつつ、生活上の問題や特徴を患者自身が考える対話を繰り返す。
- 7) HbA_{1c}などの検査値は、コントロールの変化を視覚的に判断できるような表を作成し、生活とHbA_{1c}の関係、季節変動、数年間の経緯を考える機会にする。

ステップ3：生活改善への関心・意欲があるか判断する（Q1）

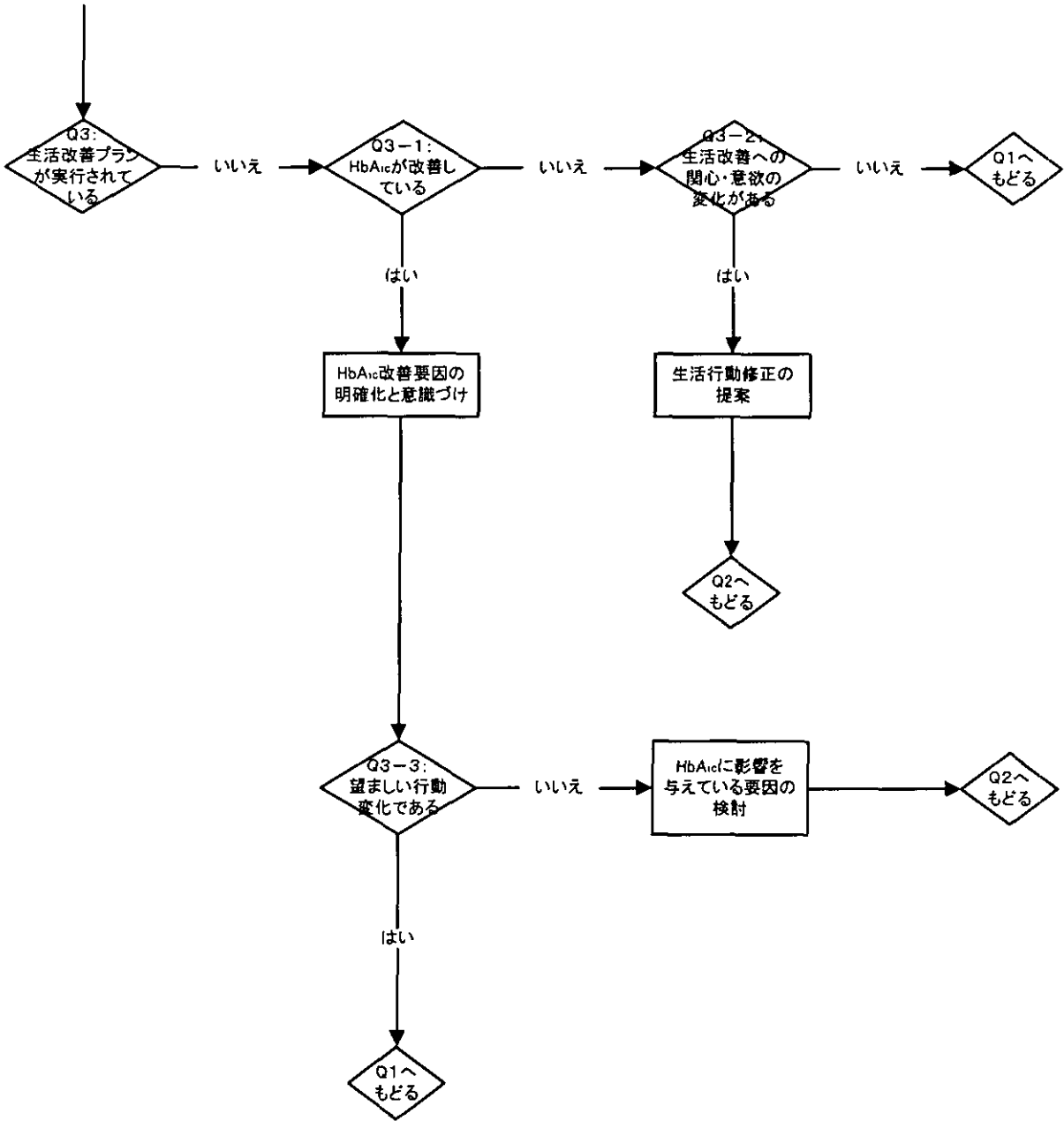
- 1) これまでの生活行動・習慣の裏に潜む感情（負担、あきらめ、自信など）、関心・意欲の程度を確認する。
- 2) 糖尿病、治療、療養に関する理解を、食事、服薬、運動などの領域別に推察する。
- 3) 患者が生活改善への関心・意欲を持っている場合、ステップ4へ進む。
- 4) 患者が生活改善への関心・意欲が低い（ない）場合、今後の生活をどのように過ごしたいのか、何を大切に生活したいのか、感情を明確にする。また、治療・療養の理解が不十分な場合、必要な情報を提供する。
- 5) 上記4)を繰り返し、生活改善の関心・意欲の変化を期待して、取り組む気持ちが芽生えるのを待つ。



判断樹A 生活改善行動の実行可能性が低い場合



判断樹B 生活改善プランが実行されていない場合



判断樹C HbA_{1c}が改善していない場合

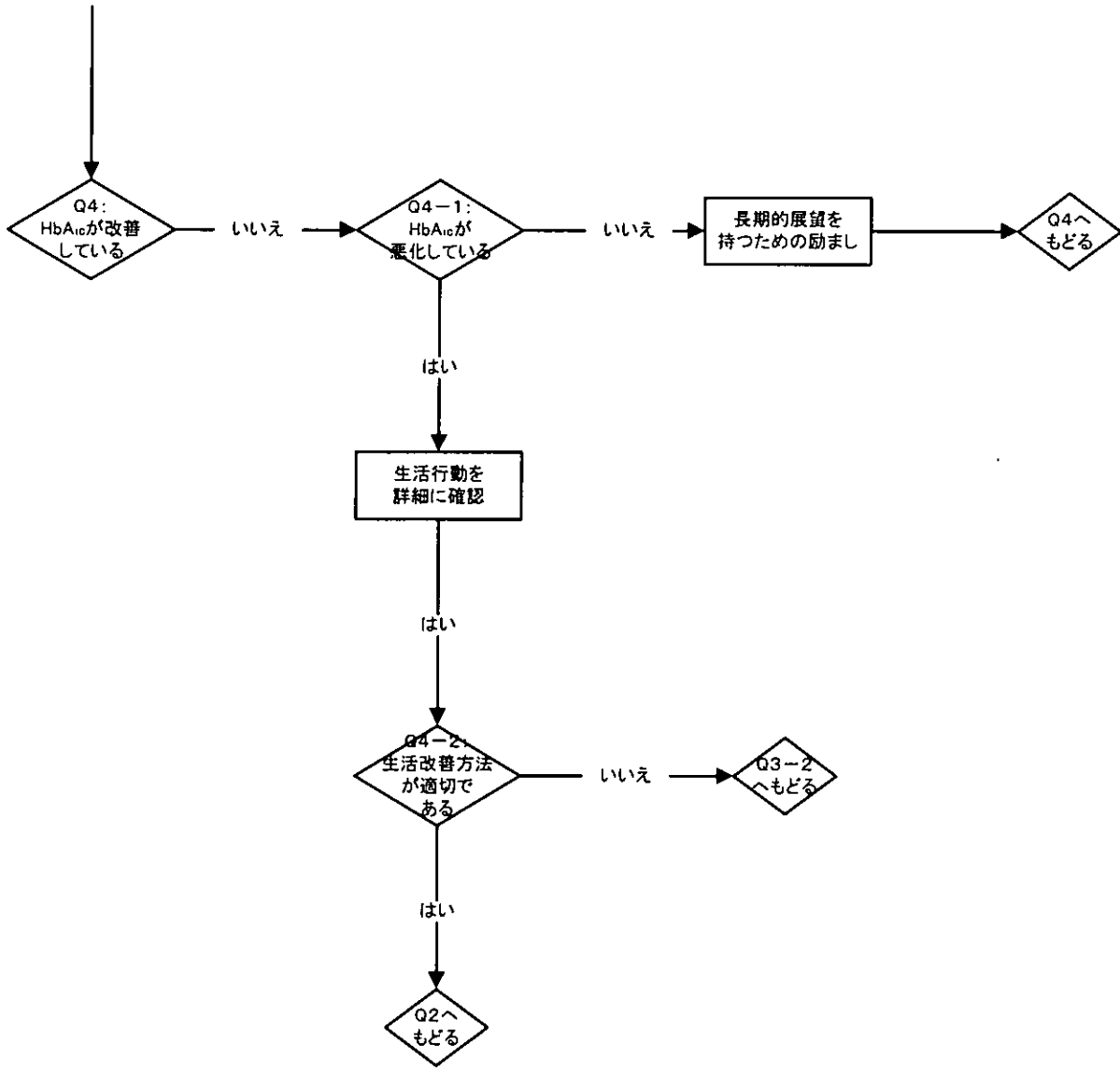


表 3 : HbA_{1c} に影響を与える要因

-
- <身体的要因>
- ① 罹病期間（内因性インスリン分泌の枯渇の程度）
 - ② 推定エネルギー摂取量・消費量
 - ③ BMI（肥満度、インスリン抵抗性の程度）
 - ④ 合併疾患の有無・程度とこれらによる日常生活行動への影響
循環器疾患（歩行時の呼吸困難・運動の制約）
脳血管疾患（麻痺・運動機能障害・視野狭窄による転倒など）
整形外科的疾患（腰痛・膝痛・筋肉痛・五十肩）
 - ⑤ 年齢
- <心理的要因>
- ① 治療・療養への関心・意欲
 - ② 行動変容の段階、実行の程度
 - ③ 療養による心理的負担の程度
 - ④ 性格（のんびり、神経質、完璧主義など）
- <社会的要因>
- ① 職業：不規則な生活、多忙、過労の程度、外食の増加
 - ② 家族関係（役割・構成、家族による支援の程度）
 - ③ ライフイベント
 - ④ ストレスとコーピング
 - ⑤ 地域とのつながり：近所づきあい、ボランティア活動など
 - ⑥ 医療者との信頼関係
 - ⑦ 栄養相談、薬剤相談、看護相談などの質・頻度
 - ⑧ 患者会・家族会への参加・活動の程度
-

ステップ4：生活改善の実行可能性があるかを判断する（Q2）

- 1) 患者の身体的・心理的特徴、社会的背景から、生活を改善する行動に取り組むことが可能かを判断する。
- 2) 生活改善の実行可能性があると判断した場合、ステップ5へ進む。
- 3) 生活改善の実行可能性がない（低い）と判断した場合、以下の確認をする（判断樹A）。
 - (1) HbA_{1c}を上昇させている原因が身体的要因（内因性インスリン分泌の減少）によるもので、食事や運動などの生活改善によってHbA_{1c}の改善が期待できない場合、経口薬の増量・追加に伴う情報提供と、適切な内服の継続支援を行う。
 - (2) インスリン療法の適応になった場合、インスリン注射導入の情報提供・技術提供をする。今後の治療方針については、適宜、主治医に確認する。
 - (3) BA_{1c}を上昇させている原因が身体的理由によるもので、内因性インスリン分泌はある程度保たれているが、生活を改善する行動を実行できない場合、生活状況の確認や体調管理に重点を置く（例：脳梗塞の既往があり、片麻痺があって調理や歩行が困難な場合など）。
 - (4) HbA_{1c}を上昇させている原因が社会的要因によってコントロール不良の状態に陥っている時、社会環境への働きかけや心理的負担の軽減を図る（例：配偶者の身体介護に明け暮れ、自分の食事を十分に調整できない場合など）。
 - (5) HbA_{1c}を上昇させている原因があらゆる生活改善によっても統制できない場合、現状を受け止め生活を維持する気持ちへの転換を図る（例：膵臓癌発症など）。

ステップ5：関心・意欲を肯定的に強化、生活改善プランの明確化

- 1) 生活改善の関心・意欲を肯定的にほめ、強化する。
- 2) 患者が関心をもって取り組むことが可能なことを、患者とともに具体的に話し合う。
- 3) 患者から生活行動プランが上がらない場合、治療やこれまでの経過に対する認識、感情をもう一度確認し、必要な情報提供を行う。
- 4) 認識・感情の言語化や情報提供により、生活改善への関心の高まりがみられたら、上記2)を繰り返す。
- 5) 上記1)～3)を繰り返しても、患者から生活改善プランが具体的に上がらない場合、生活改善プランの難易度を考えて、最も取り組み易い行動を提案する。
- 6) HbA_{1c}や体重などの数値目標を患者自身が設定することで、患者がどのような生活行動をとるべきかを考える励みとなる場合は、数値目標を設定する。しかし、数値への関心が低い場合や数値の意味・正常値がわからない場合には、生活改善行動に結びつかず意味をなさない場合があること、数値目標を立てることにより心理的負担が生じる可能性があることを考慮する。

ステップ6：生活改善プランが実行されているか判断する（Q3）

- 1) 次の面談で、生活改善プランが実行されているか判断する。
- 2) 生活改善プランが実行されている場合、ステップ7へ進む。
- 3) 生活改善プランが実行されていないと判断した場合、以下の確認をする（判断樹B）
 - (1) 生活改善プランが実行されていないが、HbA_{1c}などの客観的データ改善している場合、無意識に行っていること（例：食事・間食を節制していた、歩く量が増えていたなど）との関連性を意識づける。意識せずに行っていたことが適切な生活改善方法である場合、再び関心・意欲を確認し、自ら行動を決めることができるよう働きかける。
 - (2) HbA_{1c}などの客観的データ改善している場合で、無意識に行っている行動が適切でない場合（例：栄養摂取を極端に減らす、息切れしながら歩行運動を実施するなど）、意欲を認めつつ、生活行動を適切に修正して実行することを提案する。
 - (3) 生活改善プランが実行されていず、HbA_{1c}などの客観的データの改善がないが、生活改善への関心・意欲の変化はある場合、関心・意欲の変化を認めつつ、行動に移せるよう働きかける。
 - (4) 生活改善プランが実行されていず、HbA_{1c}などの客観的データの改善がなく、生活改善への関心・意欲の変化がない場合、Q1へ戻る。

ステップ7：HbA_{1c}が改善しているか判断する（Q4）

- 1) ステップ6と同時に、HbA_{1c}が改善しているか判断する。HbA_{1c}はタイムラグを考慮し、1～2ヵ月前の生活の記憶をたどる
- 2) HbA_{1c}が改善している場合、ステップ8へ進む。
- 3) HbA_{1c}が改善していない場合、以下の確認をする（判断樹C）。
 - (1) HbA_{1c}が悪化している場合、生活内容を詳細に確認する。生活改善プランの実施方法が適切である場合、実行の程度を確認する。
 - (2) HbA_{1c}が悪化しており、生活改善プランの実施方法が適切でない場合、適切な方法に修正できるよう情報提供する（例：早朝の長時間歩行によるストレス・膝痛の増強、間食をやめたが、清涼飲料水の摂取が増えた、など）。
 - (3) HbA_{1c}の悪化がない場合（ほぼ横ばいの場合）、長期的展望をもつよう励ます。

ステップ8：満足感があるか判断する（Q5）

- 1) 生活改善プランを実行し、HbA_{1c}が改善し、満足感がある場合、ステップ9へ進む。
- 2) 生活改善プランを実行し、HbA_{1c}が改善しても満足感がない場合、その裏にある感情を確認する。HbA_{1c}の目標値を確認し、現実的な目標値の再検討・設定をする。

ステップ9：行動継続への励まし、成功体験としての意識化

- 1) 生活改善プランが、日常生活の一部として定着するよう、行動の継続を励ます。
- 2) 成功体験として意識化できるよう働きかける。

ステップ10：生活改善が行動として継続・定着しているか判断する（Q6）

- 1) 生活改善プランが一時的なものか、行動として定着する可能性があるかを判断する。
- 2) 患者が生活行動プランを納得して見出し、実行して、それが継続している場合、または継続の見通しが確実にあると判断した場合、看護相談の間隔延長、終了を患者と話し合い、決定する。
- 3) 患者が生活行動プランを納得して見出し、実行しているが、ライフイベントなど、そのときの状況により行動が著しく変化することが予測される場合は、看護相談を継続する。
- 4) 相談間隔を延長した場合、または終了した場合でも、血液データなどは引き続きモニタリングし、HbA_{1c}の悪化や治療の変更があった場合、受診時などに適宜生活状況を確認する。

看護相談時の留意点

- 1) 生活改善プランを継続することによる身体的・心理的負担を検討する。
- 2) 生活改善により身心の負担が強くと判断した場合、これを増強させないように配慮する。
- 3) 短期的なデータの改善よりも、長期的な生活行動の変化を重視する。
- 4) 行動の変化が実際にはないと判断しても、認識・感情の小さな変化を見逃さず、望ましい変化として患者が意識化できるよう誉め、励ます。
- 5) 看護相談中は、会話の流れを阻害しないよう、ポイントのみを記録する。相談終了後、次の面談に継続して活用できるよう、患者の言葉をできるだけそのまま残し、看護師の印象、解釈、判断、看護行為についても記録する。

5. 他職種との連携

主治医、栄養士、薬剤師などの他医療職との説明内容と不一致が生じないように、意思疎通をはかるとともに、必要時、報告・相談する。

資料 <フェイス・シート>

患者 ID _____

初回記載日: 年 月 日

患者名 _____ 性別() 年齢 歳

HbA_{1c} 初回面接時 _____ %

既往歴(年齢・疾患・治療・経過)

家族歴

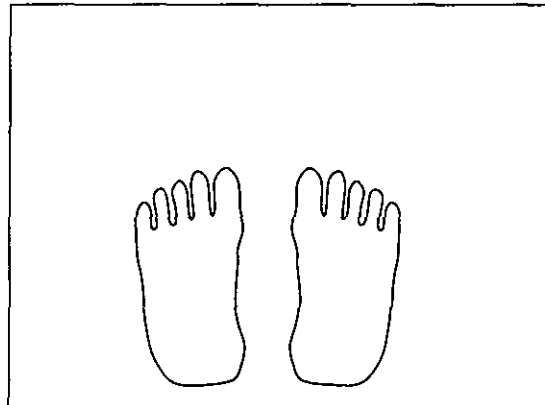
現病歴(推定罹病期間 年)

合併症(細小血管障害)	身体計測値(初回)
網膜症 □無 □有 分類()	身長: cm
神経障害 □無 □有 □異常感覚・自発痛	体重: Kg
□便秘異常	標準体重: Kg
□起立時眩暈	BMI: Kg/m ²
血压: 座位時 mmHg	ウエスト周囲径: cm
立位時 mmHg	体脂肪率: %
□その他()	
腎症 病期(期)	

足病変

- | | | |
|---------------|-----|-----|
| 変形または突出 | □あり | □なし |
| モノフィラメント感知 | □あり | □なし |
| 音叉の感知 | □あり | □なし |
| 胼胝・鶏眼 | □あり | □なし |
| 関節可動性の低下 | □あり | □なし |
| 爪・皮膚白癬 | □あり | □なし |
| 足背動脈 強・弱/左右差 | □あり | □なし |
| 冷感・皮膚色不良(右・左) | □あり | □なし |
| 潰瘍の既往 | □あり | □なし |
| 不適切な靴 | □あり | □なし |
| 職業・生活上のリスク | □あり | □なし |

足のイラスト



- | | | |
|------|-----|-----|
| 視力障害 | □なし | □あり |
| 聴力障害 | □なし | □あり |
| 運動障害 | □なし | □あり |
| 嚥下障害 | □なし | □あり |

- | | |
|---------------|------------------|
| 眼鏡使用(有・無) | 使用新聞の字が読める(可・不可) |
| 難聴(左・右) | |
| 箸を使用できる(可・不可) | |
| 義歯使用(有・無) | 食事摂取困難(有・無) |

職業 ()

仕事内容: デスクワーク中心 立位中心 歩行中心 重労働

通勤手段: 徒歩()分 電車()分 車・バス()分: 通勤時合計()分

家庭での主な仕事 (家事全般、買い物、調理、洗濯、掃除、ゴミ捨て、その他())

家族背景: ()人暮らし

同居人: 父(実・義理) 母(実・義理) 配偶者 子()人 孫()人

親戚 友人 その他

家庭での主な役割 ()

主な生計者 () 経済的問題: なし あり()

1日の過ごし方 規則的 不規則

	平日	休日	変則的な場合
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
1			
2			
3			

喫煙 ()本/日 × ()年間

指示エネルギー量 知っている 知らない →()Kcal

塩分制限: あり なし 蛋白制限: あり なし

普段の食事時刻・時間、よく食べる内容・平均的な量

・朝食: _____ 時頃 / _____ 分間 (自炊・中食・外食)

主食: { ご飯 ・ パン ・ めん類 () } を () くらいの量

主菜:

副菜:

・昼食: _____ 時頃 / _____ 分間 (自炊・中食・外食)

主食: { ご飯 ・ パン ・ めん類 () } を () くらいの量

主菜:

副菜:

・夕食: _____ 時頃 / _____ 分間 (自炊・中食・外食)

主食: { ご飯 ・ パン ・ めん類 () } を () くらいの量

主菜:

副菜:

・間食・飲料

種類:

頻度・量:

摂取環境:

・アルコール:

種類:

頻度・量:

摂取環境:

食事内容の特徴

- 脂質過多 蛋白質過多 単純糖質過多 野菜不足
- 熱量不足 熱量やや多い 熱量過多 その他()

食事方法の特徴

- 早食い まとめ食い 欠食 摂取間隔が不規則
- 外食中心 中食中心 夕食が豪華 夕食から睡眠までの時間が短い

セルフモニタリング方法

- 食事記録 内容の記憶 体重測定 体脂肪測定 その他()

食事療法に対する気持ち