

# 【高血圧・脂質異常症・糖尿病で通院中の患者様へ】

## 「生活習慣病管理料(Ⅱ)」への移行に関するお知らせ

令和6年度診療報酬改定における厚生労働省の指針に従い、患者さま個々に応じた療養計画に基づき、総合的な治療管理を行うため、これまでの「特定疾患療養管理料」から「生活習慣病管理料(Ⅱ)」へ移行し、算定させていただきます。

6月以降のご受診の際に、「生活習慣病療養計画書」を順次お渡ししてご説明しますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

【対象となる方】 高血圧症・脂質異常症・糖尿病で通院されている方

【費用について】 検査料等とは別に、生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点を月に1回を限度に、ご受診の都度発生します。

### 【療養計画書の作成について】

病状に応じた療養計画書を作成し、初回のみご署名をいただきます。最低4ヶ月ごとに交付いたします。以前と比較して診察にお時間を要してしまう事が想定されます。予めご了承ください。

(別紙様式9)	
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:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症
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
【重点を置く観点と指導項目】	<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
【運動】	<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に強さ 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( )
【たばこ】	<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
【その他】	<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(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

社会医療法人 榮昌会 吉田病院  
院長 吉田 泰久