

運動処方

医師・栄養士 看護師 フットケアチェックシート 運動指導

* 医師 * 塚口 裕康 初回 2回目以降(回目) 【確認用患者氏名】 江崎 浩一

【身体計測】
身長: cm 体重: kg BMI: 標準体重: kg 身長体重を初回記録時の値を設定

【指示栄養量】
エネルギー量: Kcal 蛋白質制限: g/日 食塩制限: g/日 カリウム制限 なし あり 水分制限 なし あり(cc)

【糖尿病の成因分類】
 1型 2型 その他特定の機序、疾患によるもの()

【腎症病期分類】
 2期 3期 4期 5期 不明 HbA1c: % eGFR: mL/min/1.73m²

【合併症】
虚血性心疾患 あり なし 脳血管障害 あり なし 末梢動脈疾患 あり なし 網膜症 あり(単発 前増殖 増殖) なし 不明 神経障害 あり なし
その他

【運動許可】
【有酸素運動】 軽度 中等度 強度 【無酸素運動】 軽度 中等度 強度

【医師フリー】

* 管理栄養士 * 栄養士名を入力してください

【食事管理上の課題】
 過食 欠食 食事時間 食事バランス 間食習慣(夜食含む) 野菜不足 脂質過剰 食塩過剰
その他

【指導内容】
 エネルギーコントロール 蛋白質制限について 何ほどの程度食べるかについて 食塩制限について 三食きちんと食べる
 魚・肉・卵・豆腐を減らす 外食を減らす 外食の選び方について よく噛んでゆっくり食べる 間食を減らす
 揚げ物を減らす 漬物・味噌汁・麺類を減らす アルコール減らす 減量 体重測定を行う
その他

【理解力】 良好 普通

【病認識】 良好 普通

【次回までの目標】

医師・栄養士 看護師 フットケアチェックシート 運動指導

* 健康運動指導士 * 指導士名を入力してください

【運動習慣】 あり なし

【運動回数・頻度】 () 回 / 日 週 月

【運動内容】

【運動許可】 可 不可

【指導回数】 初回 回目

【種類】
有酸素運動: 歩行、 自転車、 水中歩行、 その他
レジスタンストレーニング: 可 (腰、 下腿、 大腿、 上肢、 その他)、 不可

【強度】
目標Mets: 4Mets: 散歩、洗濯物干し、床の拭き掃除(かがみ運動)、自転車、ラジオ体操、庭仕事

目標心拍数: 拍/分 = $(220 - \text{年齢}) - \text{安静脈拍} \times \text{強度係数} + \text{安静脈拍}$ ※安静脈拍は手入力

ボルグ指数(自覚強度): 11~13

【頻度】 回/週 ※1~5回程度。可能なら少しずつ増加。 【時間】 分/日 ※10分~30分程度。最大で60分。

【目標】

【留意すべき点】
 運動前後にはストレッチをしましょう
 体調の悪い時や気分が乗らない時は、運動を中止しましょう
 いつもと違う息切れや疲労感、胸部症状がある時はすぐに中止し診察を受けましょう
 低血糖症状(空腹、動悸、ふるえ、冷汗、脱力など)があればすぐにブドウ糖を補給。
 運動は継続が大切です。無理せず楽しく続けていきましょう。
 運動はやり過ぎると逆効果となる場合があります。強度、頻度には注意しましょう。
 運動強度が強すぎます。指定された運動強度を守り実施しましょう。
 運動量が多いです。指定された運動時間を守り実施しましょう。

【評価】
<理解力> 良好 普通 やや不十分 不十分
<意欲・姿勢> 良好 普通 やや不十分 不十分
<実践> 良好 普通 やや不十分 不十分

Mets 2-6
選択できる

一般 0.6
腎不全 0.4

禁忌・中止についても
指示をする