

# 糖尿病症例 カウンセリングシート

・飼い主様お名前： \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

動物種  犬  猫

品種 \_\_\_\_\_

糖尿病発症日(多飲多尿など症状の出た日) \_\_\_\_\_ 年 月 日

糖尿病と診断された日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

併発疾患(他の病気)  無  有(病名、発症日: \_\_\_\_\_ )

糖尿病の治療を行っていますか  はい  いいえ

”はい“の方は以下にお答え下さい。

## ・食事について

種類  ドライ  ウェット

品名 ( \_\_\_\_\_ )

食事を与えている回数 : \_\_\_\_\_ 回

食事を与えている時間と量、食べ方

時間	量	食べ方
:	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
:	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
:	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
:	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
:	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
:	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり

## ・インスリンについて

インスリン注射はしてますか  はい  いいえ

”はい“の方は以下にお答え下さい。

インスリンの種類 : \_\_\_\_\_  かかりつけ医の調整剤

注射方法 :  専用注射器  ペン、カートリッジ型  その他

注射部位 :  頸部～肩甲  胸部  臀部

注射時間と量

時間	量
:	単位
:	単位
:	単位
:	単位

・糖尿病の評価で行っていることはありますか

尿糖測定

自己血糖測定

かかりつけ医の定期検診

( 血糖  尿糖  糖化アルブミン、フルクトサミン)

・今回のカウンセリングにあたりお聞きになりたい点、

糖尿病治療でお困りの点をお知らせ下さい。

ご協力有り難うございました。他の資料と共にお送り下さい。

カウンセリングをお待ちしております。

アルマ動物病院

TEL: 03-5758-6658

FAX: 03-5758-6670