

第39回新潟小児糖尿病キャンプ2022参加申込書

1. 氏名(ふりがな)		2. 性別: 男・女	
3. 生年月日: 西暦	年	月	日 歳(2022年8月17日時点)
4. 保護者氏名:		(本人との続柄:)	
5. 住所: 〒			
電話番号:		メールアドレス:	
6. 緊急連絡先(電話番号):			
7. 参加希望日(当てはまるものに○): 2日間とも参加・1日目(8月17日)のみ参加・2日目(8月18日)のみ参加			
8. 本人以外の参加者(どちらかに○): いない・いる → いる場合は人数()人と続柄()			
9. 就学状況(どちらかに○): 未就学・就学 → 就学の場合は学校名()立()学校()年			
10. 通院先・主治医:		病院	科 先生
11. 糖尿病診断時期: 西暦		年	月頃 (歳時)
12. 現在の治療: ※AかBのどちらかに○			
A) インスリン注射 ※注射量を自分で、(どちらかに○) 変えられる・変えない			
＜朝食前＞①商品名: _____ 単位 ②商品名: _____ 単位			
＜昼食前＞①商品名: _____ 単位 ②商品名: _____ 単位			
＜夕食前＞①商品名: _____ 単位 ②商品名: _____ 単位			
＜就寝前＞ 商品名: _____ 単位 ※食前血糖値が100前後の時の注射量を目安に記入			
B) インスリンポンプ ポンプ名: _____ インスリン製剤名: _____ ※SAP療法(どちらかに○) あり・なし			
＜基礎レート(時間ごとに記載)＞:			
＜ボーラス＞ 朝: ~ 、 昼: ~ 、 夕: ~			
13. 血糖測定器(商品名を記載):			
14. 食事: 嫌いな食べ物(どちらかに○) ない・ある ()			
薬や食べ物のアレルギー(どちらかに○) ない・ある ()			
15. 低血糖:			
(1) 低血糖が自分でわかりますか?(どちらかに○) わかる・わからない			
わかる人は低血糖のときに、どうなりますか?(あてはまるものに○)			
空腹感・手のふるえ・冷や汗をかく・手足のしびれ・気分が悪くなる・ポーとする・ドキドキする ふらふらする・頭痛・わけがわからなくなる・泣く・その他()			
(2) 低血糖のときに自分で対処できますか?(どちらかに○) できる・できない			
できる人はどうしてますか?()			
できない人は、誰に、どうしてもらってますか?()			
(3) よく使う補食はなんですか?()			
(4) 以下のような重症低血糖を起こしたことがありますか?(どちらかに○)			
けいれん(ある・ない) 意識消失(ある・ない) 異常行動(ある・ない)			
起こしたことがある人は、どのような症状で最後はいつですか?()			
16. 現在のHbA1c		% (2022年 月 日測定)	
17. その他(希望・注意事項・連絡事項などご記入下さい)			