

2024年度和歌山つぼみの会サマーキャンプ

① キャンパー個人票〔保護者記載用〕

(保護者 が ご 記 入 く だ さ い)

- 1)参加者氏名 2)生年月日 3)年齢 性別
4)保護者氏名 (患児との続柄)
5)住所・連絡先 (緊急時の連絡先をお願いします)

1. 現在までの治療

- 1)発病時期 2)診断された病院

3)過去の入院歴 (何回)

4)現在通院中の病院 主治医名

- 5) 現在のインスリン注射の種類と単位数 (自己注射は出来ますか? はい・いいえ)
各食前 基礎インスリン (いつ注射しているかもご記入下さい)

*インスリンポンプの場合 : 機種
使用しているインスリン

- 6)現在の血糖測定器の種類と測定回数 (自己管理は出来ますか? はい・いいえ)

持続血糖測定モニターを使っていますか?

(はい ・ いいえ 機種 : リブレ Dexcom ガーディアンコネクト)

- 7)低血糖症状の有無、頻度、内容、対処方法

2. 糖尿病のことを学校の先生に話していますか? 友達に話していますか?

3. 糖尿病の他に病気がありますか? (アレルギーなど)

4. サマーキャンプについて、ご希望やご注文があれば、お書き下さい。

5. キャンプ期間中に同伴されるご家族がいらっしゃれば、ご記入下さい。(お名前と滞在中の日)

*今回の調査票の情報に関しては、スタッフ (医師、看護師、栄養士) の間で共有させていただきますことを、ご了承下さい。(個人情報に関しては、厳重に管理いたします。)

② キャンパー個人票〔主治医記載用〕

（担当医に記入してもらってください）

1)参加者氏名
4)身長 cm 体重 kg (BMI)
2)生年月日 3)年齢 性別
5)医療機関名 主治医名
住所
連絡先

1. 糖尿病のタイプおよび発見時期 1型 2型
2. インスリン治療開始時期
3. 糖尿病発見のきっかけ
4. 貴院初診日（ 歳時）
5. 現在の治療の内容と通院状況（基礎インスリンのタイミング等、具体的にご記入下さい。）
（インスリンポンプの場合はサマリーの基礎レートなどの設定のコピーでもかまいません。）

- ミニメド 770G、780G 使用の場合は、オートモードを使用していますか？ はい いいえ
CGM を使用していますか？ はい いいえ（リブレ Dexcom ガーディアンコネクト）
6. 食事療法の指示量（あればご記入ください）： kcal/日
 7. カーボカウントは使っていますか？ はい いいえ

糖質/インスリン比： インスリン効果値：

8. 糖尿病以外に病気がありますか？
9. 最近の健康状態はいかがですか？（最終受診時の身長、体重、血糖値、HbA1c、尿アルブミン、眼底検査等）

10.成長の状況で何かあれば、ご記入下さい。

11.食物 薬物などのアレルギーがあればご記入ください。

12.サマーキャンプ中に注意することがあれば、お願いします。

*今回の調査票の情報に関しては、スタッフ（医師、看護師、栄養士）の間で共有させていただきますことをご了承下さい。（個人情報に関しては、厳重に管理いたします。）