

糖尿病を持つ児童・生徒・園児の治療・緊急連絡法等の連絡表

学校(園)名 _____ 記載日: _____ 年 月 日 (学校・園 保管用)

ふりがな _____ 医師名 _____ 印 _____

氏名 _____ 医療機関 _____

生年月日: _____ 年 月 日 電話番号 _____

緊急時保護者連絡先(氏名 _____ 電話 _____)

校医確認欄

診断名 1型糖尿病 2型糖尿病 その他 ()

現在の治療

インスリン (ペン型注射器、 インスリンポンプ)

学校(園)でのインスリン投与 (ペン・ ポンプ・ 無)・血糖測定 (自己測定、 持続モニタ使用・ 無)

ペン注射 (自立・ 要見守り・ 不可・ 不要)、ポンプ操作 (自立・ 要見守り・ 不可・ 不要)

血糖自己測定 (自立・ 要見守り・ 不可・ 不要)、持続モニタ (自立・ 要見守り・ 不可・ 不要)

他の糖尿病治療薬: 薬品名 ()、学校(園)での服用 (有・ 無)

食事・運動療法のみ

学校(園)生活一般: 基本的には他の児童・生徒・園児と同じ生活が可能です。

- 食事に関する注意:
 - インスリン量調整 しない する (糖質・炭水化物量 食前の血糖値 食後の運動 他[])
 - 追記欄 ()
 - 学校(園)の食事 制限なし お代わりなし その他 ()
 - 宿泊行事の食事 制限なし お代わりなし その他 ()
- 補食(糖分): 低血糖時の補食に関しては下欄を参照
 - 運動前・運動中など低血糖予防が必要なとき (食品名と量)
 - 必要なし その他 ()
- 日常の体育活動・運動部活動について: 制限 なし あり ()
- 高血糖で倦怠感があるときは運動は避けてください。低血糖のときは補食してください。
- 事前の血糖値確認: 持続モニタ使用時は数値と症状との乖離が大きいときは血糖値の実測が必要
 - 不要 要 (すべての運動、 強い運動、 長時間運動、 プール、 [])
 - 他の注意点: []
- 宿泊行事への参加および活動: 制限 なし あり ()
- 他の注意点: []
- 登下校: 学校と家族で最適な方法を検討すること。低血糖に備えて必ず補食(グルコース等)を持ち歩く必要性: 有 無
- 病気の通知範囲: 担任、養教、全職員、クラスメイト、友達など、どの範囲にするのかは学校(園)と保護者・本人で事前に相談しておく
- その他の注意事項:

程度	症状	低血糖時の対応 ^{#1} (病態から予測される低血糖のリスク: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 稀 <input type="radio"/> なし、なしの場合は対応不要) 症状と血糖値には差があるため、高血糖がなく、低血糖症状があれば低血糖として対応が必要となる(症状優先)
軽度	強い空腹感、いらいら、生あくび、手がふるえる、など	グルコース (=ブドウ糖) _____ g (砂糖の場合は2倍量) () 目安: グルコース 0.3 g/kg (個人差が大きいため個別に検討が必要です)
中等度	黙り込む、冷汗・蒼白、異常行動、など	グルコース _____ g (砂糖の場合は2倍量)。症状の改善がなければ、同量を再摂取する。 () 十分症状が落ち着くまで休養させ経過観察する。
重度	意識障害、けいれんなど自分でブドウ糖摂取ができない場合	バクスマーの点鼻1プッシュ ^{#2} 、使用の有無に関わらず救急車で主治医または近くの病院に転送する(意識が回復しても受診は必要、使用済みバクスマーを持参させる)。保護者・主治医に緊急連絡する。 () バクスマーの保管場所は事前に確認しておくこと。()

#1 低血糖が起こった場合の保護者への連絡方法は学校(園)と保護者で事前に取り決めておく

#2 バクスマー使用方法: <https://globalregulatorypartners.co.jp/product-patient/188/> (QRコード左)
(要事前確認) https://www.nittokyo.or.jp/uploads/files/manual_glucagon.pdf (QRコード右)



糖尿病を持つ児童・生徒・園児の治療・緊急連絡法等の連絡表

学校(園)名 _____ 記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (教育委員会 保管用)
 ふりがな _____ 医師名 _____ 印
 氏名 _____ 医療機関 _____
 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____
 緊急時保護者連絡先(氏名 _____ 電話 _____)

診断名	<input type="radio"/> 1型糖尿病 <input type="radio"/> 2型糖尿病 <input type="radio"/> その他 (_____)
現在の治療	<input type="checkbox"/> インスリン (<input type="checkbox"/> ペン型注射器、 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ) 学校(園)でのインスリン投与 (<input type="radio"/> ペン・ <input type="radio"/> ポンプ・ <input type="radio"/> 無)・血糖測定 (<input type="checkbox"/> 自己測定、 <input type="checkbox"/> 持続モニタ使用・ <input type="checkbox"/> 無) ペン注射 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要)、ポンプ操作 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要) 血糖自己測定 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要)、持続モニタ (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要) <input type="checkbox"/> 他の糖尿病治療薬: 薬品名 (_____)、学校(園)での服用 (<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無) <input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ

学校(園)生活一般: 基本的には他の児童・生徒・園児と同じ生活が可能です。

- 食事に関する注意:
 - インスリン量調整 しない する (糖質・炭水化物量 食前の血糖値 食後の運動 他[_____])
 - 追記欄 (_____)
 - 学校(園)の食事 制限なし お代わりなし その他 (_____)
 - 宿泊行事の食事 制限なし お代わりなし その他 (_____)
- 補食(糖分): 低血糖時の補食に関しては下欄を参照
 - 運動前・運動中など低血糖予防が必要なとき (食品名と量 _____)
 - 必要なし その他 (_____)
- 日常の体育活動・運動部活動について: 制限 なし あり (_____)
 高血糖で倦怠感があるときは運動は避けてください。低血糖のときは補食してください。
 事前の血糖値確認: 持続モニタ使用時は数値と症状との乖離が大きいときは血糖値の実測が必要
 不要 要 (すべての運動、 強い運動、 長時間運動、 プール、 [_____])
 他の注意点: [_____]
- 宿泊行事への参加および活動: 制限 なし あり (_____)
 他の注意点: [_____]
- 登下校: 学校と家族で最適な方法を検討すること。低血糖に備えて必ず補食(グルコース等)を持ち歩く必要性: 有 無
- 病気の通知範囲: 担任、養教、全職員、クラスメイト、友達など、どの範囲にするのかは学校(園)と保護者・本人で事前に相談しておく
- その他の注意事項:

程度	症状	低血糖時の対応 ^{#1} (病態から予測される低血糖のリスク: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 稀 <input type="radio"/> なし、なしの場合は対応不要) <small>症状と血糖値には差があるため、高血糖がなく、低血糖症状があれば低血糖として対応が必要となる(症状優先)</small>
軽度	強い空腹感、いらいら、生あくび、手がふるえる、など	グルコース (=ブドウ糖) _____ g (砂糖の場合は2倍量) (_____) 目安: グルコース 0.3 g/kg (個人差が大きいため個別に検討が必要です)
中等度	黙り込む、冷汗・蒼白、異常行動、など	グルコース _____ g (砂糖の場合は2倍量)。症状の改善がなければ、同量を再摂取する。 (_____) 十分症状が落ち着くまで休養させ経過観察する。
重度	意識障害、けいれんなど自分でブドウ糖摂取ができない場合	バクスマーの点鼻1プッシュ ^{#2} 、使用の有無に関わらず救急車で主治医または近くの病院に転送する(意識が回復しても受診は必要、使用済みバクスマーを持参させる)。保護者・主治医に緊急連絡する。 (_____) バクスマーの保管場所は事前に確認しておくこと。(_____)

#1 低血糖が起こった場合の保護者への連絡方法は学校(園)と保護者で事前に取り決めておく

#2 バクスマー使用方法: <https://globalregulatorypartners.co.jp/product-patient/188/> (QRコード左)
 (要事前確認) https://www.nittokyo.or.jp/uploads/files/manual_glucagon.pdf (QRコード右)



検尿尿糖陽性者の精密検査結果/糖尿病を持つ児童・生徒・園児の経過報告書

学校(園)名 _____

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(教育委員会 保管用)

ふりがな _____

医師名 _____ 印

氏名 _____

医療機関 _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

診断名: 1型糖尿病 2型糖尿病 耐糖能異常 腎性糖尿
 異常なし その他 [_____]

診断: 新規 (要医療 要経過観察 管理不要) 継続 (診断時 _____ 歳 _____ か月)

初診時(精密検診時) 所見 (学校検尿精査の場合や診断変更時は記載必須。治療中や経過観察中で2年目以降は記載不要)

発見時年齢: _____ 歳 _____ か月 (西暦 _____ 年 _____ 月)

身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____ 、肥満度 _____ %

発見動機: 検尿 下記症状で受診 偶発的 その他 (_____)

初診時症状等 (存在したものに○印をつけて下さい)

口渇、 多尿、 多飲、 多呼吸、 体重減少、 倦怠感、 腹痛、 意識障害、 発熱、
 糖尿病家族歴 (詳細: _____) その他 (_____)

初診時検査所見 (必ず施行) [SGLT2 阻害薬の内服: なし、 あり]

HbA1c _____ %、血糖値 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL

尿糖 (早朝・ 随時): -、 ±、 1+、 2+、 3+、 4+

尿ケトン (早朝・ 随時): -、 ±、 1+、 2+、 3+、 4+

必要時検査所見

経口糖負荷試験 OGTT: 負荷前血糖 _____ mg/dL、2時間後血糖 _____ mg/dL

空腹時: 血糖 _____ mg/dL、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

糖尿病と診断された場合

GAD 抗体: 陰性 陽性 (_____ U/mL)、IA-2 抗体: 陰性・ 陽性 (_____ U/mL)、
 他の抗体 (_____)

血糖 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL、IRI _____ μU/mL (インスリン使用時はCペプチド _____ ng/mL)

AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

尿中アルブミン _____ mg/g creat (_____ mg/日)、尿中Cペプチド _____ μg/日

眼科所見:

最近の状態 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (治療中や経過観察中の場合に記載、初回でも診断から時間が経っていれば記載)

年齢 _____ 歳 _____ か月、身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____ 、肥満度 _____ %

HbA1c _____ %、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

血糖値 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL、*IRI _____ μU/mL、*Cペプチド _____ ng/ml

(* 糖尿病でインスリン治療していないときはIRIもしくはCペプチドを、インスリン治療しているときはCペプチドを記載)

尿中アルブミン _____ mg/g creat (_____ mg/日)

CGM 使用時: GMI _____ %、TAR _____ %、TIR _____ %、TBR _____ %、AID 使用: 無 有 [_____ %]

眼科所見:

糖尿病を持つ児童・生徒・園児の治療・緊急連絡法等の連絡表

学校(園)名 _____ 記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (保護者 保管用)
 ふりがな _____ 医師名 _____ 印 _____
 氏名 _____ 医療機関 _____
 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____
 緊急時保護者連絡先(氏名 _____ 電話 _____)

診断名	<input type="radio"/> 1型糖尿病 <input type="radio"/> 2型糖尿病 <input type="radio"/> その他 (_____)
現在の治療	<input type="checkbox"/> インスリン (<input type="checkbox"/> ペン型注射器、 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ) 学校(園)でのインスリン投与 (<input type="radio"/> ペン・ <input type="radio"/> ポンプ・ <input type="radio"/> 無)・血糖測定 (<input type="checkbox"/> 自己測定、 <input type="checkbox"/> 持続モニタ使用・ <input type="checkbox"/> 無) ペン注射 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要)、ポンプ操作 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要) 血糖自己測定 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要)、持続モニタ (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要) <input type="checkbox"/> 他の糖尿病治療薬: 薬品名 (_____)、学校(園)での服用 (<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無) <input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ

学校(園)生活一般: 基本的には他の児童・生徒・園児と同じ生活が可能です。

- 食事に関する注意:
 - インスリン量調整 しない する (糖質・炭水化物量 食前の血糖値 食後の運動 他[_____])
 - 追記欄 (_____)
 - 学校(園)の食事 制限なし お代わりなし その他 (_____)
 - 宿泊行事の食事 制限なし お代わりなし その他 (_____)
- 補食(糖分): 低血糖時の補食に関しては下欄を参照
 - 運動前・運動中など低血糖予防が必要なとき (食品名と量 _____)
 - 必要なし その他 (_____)
- 日常の体育活動・運動部活動について: 制限 なし あり (_____)
 高血糖で倦怠感があるときは運動は避けてください。低血糖のときは補食してください。
 事前の血糖値確認: 持続モニタ使用時は数値と症状との乖離が大きいときは血糖値の実測が必要
 不要 要 (すべての運動、 強い運動、 長時間運動、 プール、 [_____])
 他の注意点: [_____]
- 宿泊行事への参加および活動: 制限 なし あり (_____)
 他の注意点: [_____]
- 登下校: 学校と家族で最適な方法を検討すること。低血糖に備えて必ず補食(グルコース等)を持ち歩く必要性: 有 無
- 病気の通知範囲: 担任、養教、全職員、クラスメイト、友達など、どの範囲にするのかは学校(園)と保護者・本人で事前に相談しておく
- その他の注意事項:

程度	症状	低血糖時の対応 ^{#1} (病態から予測される低血糖のリスク: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 稀 <input type="radio"/> なし、なしの場合は対応不要) <small>症状と血糖値には差があるため、高血糖がなく、低血糖症状があれば低血糖として対応が必要となる(症状優先)</small>
軽度	強い空腹感、いらいら、生あくび、手がふるえる、など	グルコース (=ブドウ糖) _____ g (砂糖の場合は2倍量) (_____) 目安: グルコース 0.3 g/kg (個人差が大きいため個別に検討が必要です)
中等度	黙り込む、冷汗・蒼白、異常行動、など	グルコース _____ g (砂糖の場合は2倍量)。症状の改善がなければ、同量を再摂取する。 (_____) 十分症状が落ち着くまで休養させ経過観察する。
重度	意識障害、けいれんなど自分でブドウ糖摂取ができない場合	バクスマーの点鼻1プッシュ ^{#2} 、使用の有無に関わらず救急車で主治医または近くの病院に転送する(意識が回復しても受診は必要、使用済みバクスマーを持参させる)。保護者・主治医に緊急連絡する。 (_____) バクスマーの保管場所は事前に確認しておくこと。(_____)

#1 低血糖が起こった場合の保護者への連絡方法は学校(園)と保護者で事前に取り決めておく

#2 バクスマー使用方法: <https://globalregulatorypartners.co.jp/product-patient/188/> (QRコード左)
 (要事前確認) https://www.nittokyo.or.jp/uploads/files/manual_glucagon.pdf (QRコード右)



検尿尿糖陽性者の精密検査結果/糖尿病を持つ児童・生徒・園児の経過報告書

学校(園)名 _____

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(保護者 保管用)

ふりがな _____

医師名 _____ 印

氏名 _____

医療機関 _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

診断名: 1型糖尿病 2型糖尿病 耐糖能異常 腎性糖尿
 異常なし その他 [_____]

診断: 新規 (要医療 要経過観察 管理不要) 継続 (診断時 _____ 歳 _____ か月)

初診時(精密検診時) 所見 (学校検尿精査の場合や診断変更時は記載必須。治療中や経過観察中で2年目以降は記載不要)

発見時年齢: _____ 歳 _____ か月 (西暦 _____ 年 _____ 月)

身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____ 、肥満度 _____ %

発見動機: 検尿 下記症状で受診 偶発的 その他 (_____)

初診時症状等 (存在したものに○印をつけて下さい)

口渇、 多尿、 多飲、 多呼吸、 体重減少、 倦怠感、 腹痛、 意識障害、 発熱、
 糖尿病家族歴 (詳細: _____) その他 (_____)

初診時検査所見 (必ず施行) [SGLT2 阻害薬の内服: なし、 あり]

HbA1c _____ %、血糖値 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL

尿糖 (早朝・ 随時): -、 ±、 1+、 2+、 3+、 4+

尿ケトン (早朝・ 随時): -、 ±、 1+、 2+、 3+、 4+

必要時検査所見

経口糖負荷試験 OGTT: 負荷前血糖 _____ mg/dL、2時間後血糖 _____ mg/dL

空腹時: 血糖 _____ mg/dL、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

糖尿病と診断された場合

GAD 抗体: 陰性 陽性 (_____ U/mL)、IA-2 抗体: 陰性・ 陽性 (_____ U/mL)、
 他の抗体 (_____)

血糖 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL、IRI _____ μU/mL (インスリン使用時はCペプチド _____ ng/mL)

AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

尿中アルブミン _____ mg/g creat (_____ mg/日)、尿中Cペプチド _____ μg/日

眼科所見:

最近の状態 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (治療中や経過観察中の場合に記載、初回でも診断から時間が経っていれば記載)

年齢 _____ 歳 _____ か月、身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____ 、肥満度 _____ %

HbA1c _____ %、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

血糖値 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL、*IRI _____ μU/mL、*Cペプチド _____ ng/ml

(* 糖尿病でインスリン治療していないときはIRIもしくはCペプチドを、インスリン治療しているときはCペプチドを記載)

尿中アルブミン _____ mg/g creat (_____ mg/日)

CGM 使用時: GMI _____ %、TAR _____ %、TIR _____ %、TBR _____ %、AID 使用: 無 有 [_____ %]

眼科所見:

糖尿病を持つ児童・生徒・園児の治療・緊急連絡法等の連絡表

学校(園)名 _____

記載日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

(医療機関 保管用)

ふりがな _____

医師名 _____ 印

氏名 _____

医療機関 _____

生年月日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

電話番号 _____

緊急時保護者連絡先(氏名 _____ 電話 _____)

診断名	<input type="radio"/> 1型糖尿病 <input type="radio"/> 2型糖尿病 <input type="radio"/> その他 (_____)
現在の治療	<input type="checkbox"/> インスリン (<input type="checkbox"/> ペン型注射器、 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ) 学校(園)でのインスリン投与 (<input type="radio"/> ペン・ <input type="radio"/> ポンプ・ <input type="radio"/> 無)・血糖測定 (<input type="checkbox"/> 自己測定、 <input type="checkbox"/> 持続モニタ使用・ <input type="checkbox"/> 無) ペン注射 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要)、ポンプ操作 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要) 血糖自己測定 (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要)、持続モニタ (<input type="radio"/> 自立・ <input type="radio"/> 要見守り・ <input type="radio"/> 不可・ <input type="radio"/> 不要) <input type="checkbox"/> 他の糖尿病治療薬: 薬品名 (_____)、学校(園)での服用 (<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無) <input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ

学校(園)生活一般: 基本的には他の児童・生徒・園児と同じ生活が可能です。

1. 食事に関する注意:

インスリン量調整 しない する (糖質・炭水化物量 食前の血糖値 食後の運動 他[_____])

追記欄 (_____)

学校(園)の食事 制限なし お代わりなし その他 (_____)

宿泊行事の食事 制限なし お代わりなし その他 (_____)

2. 補食(糖分): 低血糖時の補食に関しては下欄を参照

運動前・運動中など低血糖予防が必要なとき (食品名と量 _____)

必要なし その他 (_____)

3. 日常の体育活動・運動部活動について: 制限 なし あり (_____)

高血糖で倦怠感があるときは運動は避けてください。低血糖のときは補食してください。

事前の血糖値確認: 持続モニタ使用時は数値と症状との乖離が大きいときは血糖値の実測が必要

不要 要 (すべての運動、 強い運動、 長時間運動、 プール、 [_____])

他の注意点: [_____]

4. 宿泊行事への参加および活動: 制限 なし あり (_____)

他の注意点: [_____]

5. 登下校: 学校と家族で最適な方法を検討すること。低血糖に備えて必ず補食(グルコース等)を持ち歩く必要性: 有 無

6. 病気の通知範囲: 担任、養教、全職員、クラスメイト、友達など、どの範囲にするのかは学校(園)と保護者・本人で事前に相談しておく

7. その他の注意事項:

程度	症状	低血糖時の対応 ^{#1} (病態から予測される低血糖のリスク: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 稀 <input type="radio"/> なし、なしの場合は対応不要) 症状と血糖値には差があるため、高血糖がなく、低血糖症状があれば低血糖として対応が必要となる(症状優先)
軽度	強い空腹感、いらいら、生あくび、手がふるえる、など	グルコース (=ブドウ糖) _____ g (砂糖の場合は2倍量) (_____) 目安: グルコース 0.3 g/kg (個人差が大きいため個別に検討が必要です)
中等度	黙り込む、冷汗・蒼白、異常行動、など	グルコース _____ g (砂糖の場合は2倍量)。症状の改善がなければ、同量を再摂取する。 (_____) 十分症状が落ち着くまで休養させ経過観察する。
重度	意識障害、けいれんなど自分でブドウ糖摂取ができない場合	バクスマーの点鼻1プッシュ ^{#2} 、使用の有無に関わらず救急車で主治医または近くの病院に転送する(意識が回復しても受診は必要、使用済みバクスマーを持参させる)。保護者・主治医に緊急連絡する。 バクスマーの保管場所は事前に確認しておくこと。(_____)

#1 低血糖が起こった場合の保護者への連絡方法は学校(園)と保護者で事前に取り決めておく

#2 バクスマー使用方法: <https://globalregulatorypartners.co.jp/product-patient/188/> (QRコード左)

(要事前確認) https://www.nittokyo.or.jp/uploads/files/manual_glucagon.pdf (QRコード右)



検尿尿糖陽性者の精密検査結果/糖尿病を持つ児童・生徒・園児の経過報告書

学校(園)名 _____	記載日: _____年 ____月 ____日	(医療機関 保管用)
ふりがな _____	医師名 _____	印 _____
氏名 _____	医療機関 _____	
生年月日: _____年 ____月 ____日	電話番号 _____	

診断名: 1型糖尿病 2型糖尿病 耐糖能異常 腎性糖尿
 異常なし その他 [_____]

診断: 新規 (要医療 要経過観察 管理不要) 継続 (診断時 _____ 歳 ____ か月)

初診時(精密検診時) 所見 (学校検尿精査の場合や診断変更時は記載必須。治療中や経過観察中で2年目以降は記載不要)

発見時年齢: _____ 歳 ____ か月 (西暦 _____ 年 ____ 月)

身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____、肥満度 _____ %

発見動機: 検尿 下記症状で受診 偶発的 その他 (_____)

初診時症状等 (存在したものに○印をつけて下さい)

口渇、 多尿、 多飲、 多呼吸、 体重減少、 倦怠感、 腹痛、 意識障害、 発熱、
 糖尿病家族歴 (詳細: _____) その他 (_____)

初診時検査所見 (必ず施行) [SGLT2 阻害薬の内服: なし、 あり]

HbA1c _____ %、血糖値 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL

尿糖 (早朝・ 随時): -、 ±、 1+、 2+、 3+、 4+

尿ケトン (早朝・ 随時): -、 ±、 1+、 2+、 3+、 4+

必要時検査所見

経口糖負荷試験 OGTT: 負荷前血糖 _____ mg/dL、2時間後血糖 _____ mg/dL

空腹時: 血糖 _____ mg/dL、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

糖尿病と診断された場合

GAD 抗体: 陰性 陽性 (_____ U/mL)、 IA-2 抗体: 陰性・ 陽性 (_____ U/mL)、
他の抗体 (_____)

血糖 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL、IRI _____ μU/mL (インスリン使用時はCペプチド _____ ng/mL)

AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

尿中アルブミン _____ mg/g creat (_____ mg/日)、尿中Cペプチド _____ μg/日

眼科所見: _____

最近の状態 (西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日) (治療中や経過観察中の場合に記載、初回でも診断から時間が経っていれば記載)

年齢 _____ 歳 ____ か月、身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____、肥満度 _____ %

HbA1c _____ %、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L、T-Cho _____ mg/dL、TG _____ mg/dL

血糖値 (空腹時・ 随時) _____ mg/dL、*IRI _____ μU/mL、*Cペプチド _____ ng/ml

(* 糖尿病でインスリン治療していないときはIRIもしくはCペプチドを、インスリン治療しているときはCペプチドを記載)

尿中アルブミン _____ mg/g creat (_____ mg/日)

CGM 使用時: GMI _____ %、TAR _____ %、TIR _____ %、TBR _____ %、AID 使用: 無 有 [_____ %]

眼科所見: _____