

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

ふりがな

氏名

生年月日

記載日

医師名

医療機関

電話番号

年

月

日

年

月

日

年

月

日

年

月

日

(学校・園 保管用)

校医確認欄

印

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

:

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

電話番号

眼科所見：

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

ふりがな

氏名

生年月日

記載日

医師名

医療機関

電話番号

年

月

日

年

月

日

年

月

日

年

月

日

(保護者 保管用)

印

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

:

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

ふりがな

氏名

生年月日

記載日

医師名

医療機関

電話番号

年

月

日

年

月

日

年

月

日

年

月

日

(医療機関 保管用)

印

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

：