

2025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〕

（保護者にご記入ください）

- | | | | |
|--------------------------|----------|------|----|
| 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量（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

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

- 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）

*「はい」の場合、主治医から血糖測定のリポートを頂き、キャンプに持参ください

- 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)
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、CGM を使用されている場合は、AGP レポートの同封をお願いいたします。）

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）

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。）

*またキャンプ直前の受診の際、ご家族に最新の AGP レポートをお渡し頂けると幸いです。