

医療機関 様

下記の報告書は、当該児童生徒の尿検査の結果です。ご多用中恐縮ですが、御診察、検査、治療についてよろしくご配慮をお願い申し上げます。

なお、ご面倒でも下記の書類にご記入の上、児童生徒または保護者を経て、学校長までご提出下さるようお願い申し上げます。

尿糖精密検査報告

診断が確定し、定期的な診断を受けている児童生徒については、臨床診断名、最近の状況を下の欄にご記入下さいますようお願いいたします。

学校名 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 組 番  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 (西暦)  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

臨床診断名

- 1 型糖尿病
- 2 型糖尿病
- その他 ( )

現在の状況

現在の管理区分

身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	血圧	/
昨年	kg	kg	増・減	既往歴			
出生	kg	未・普					
変化	不変	太った	やせた				
食事量				糖尿病家族歴			
1. 多食傾向	ある	なし		祖父 ( )	父 ( )	同胞 ( )	
2. 多飲傾向	ある	なし		祖母 ( )		( )	
3. 主食 (量)	朝	昼	夜	祖父 ( )	母 ( )	( )	
4. その他				祖母 ( )		( )	
最近 (〜ヶ年位) の健康状態							
1. 病気				6. 多尿・頻尿			
2. 薬剤使用				7. 夜尿			
3. 疲労感				8. 口渇			
4. おできが出来やすい				9. 環境の変化			
5. ストレス				10. その他			

糖負荷試験								g使用								
	前	30'	60'	90'	120'	180'										
血糖																
インスリン																
(尿糖)																
T -chol					mg/dl	中性脂肪					mg/dl					
血糖	(食前・食後 時間)				mg/dl	HbA1c					%					
クレアチニン					mg/dl	尿中微量アルブミン					mg/gCre					

検診年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病 院 名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印  
 (各医療機関で記入)

判 定	病 名	
	管 理 区 分	