

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	祖父 ()	母 ()	-		
4. その他	夜		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	