

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	血压	/
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)	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			

検査年月日(西暦) _____ 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	

※検査結果の写しを添付の上、ご提出いただいても問題ありません。