

# 小児糖尿病検査成績等記入用紙

※この用紙の表面1、2は保護者が、裏面太線内3、4は医師が記入し、特別児童扶養手当認定診断書と併せて提出して下さい。

※該当する口にVを記入し、該当する項目について具体的に記入して下さい。

1 療法管理の状況 ~主治医が療法の管理について指示している内容をどの程度実施できているか記入してください。

インスリン療法	生活(運動等)管理	食事管理
開始年月 ( 年 月 ) 種類 ( ) (注射・ポンプ) <b>ア. 療法管理状況</b> <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> できていない 上記で「不十分」、「できていない」にチェックした場合下記について記入してください。 医師からの指示量 /日 実際の投与量 /日 医師の指示回数 回/日 実際の回数 回/日 ●指示通りの量・投与回数ができない理由  <b>イ. 実施状況</b> ①注射の施行 ***** <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介護 <input type="checkbox"/> 全部介護 ●介護の必要な理由  ②量の管理等 ***** <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介護 <input type="checkbox"/> 全部介護 ●介護の必要な理由  <b>ウ. 血糖値測定</b> 就寝中: <input type="checkbox"/> 毎日測定 <input type="checkbox"/> 時々測定 <input type="checkbox"/> 測定なし 日 中: <input type="checkbox"/> 毎日測定 <input type="checkbox"/> 時々測定 <input type="checkbox"/> 測定なし <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介護 <input type="checkbox"/> 全部介護 ●介護の必要な理由	<b>ア. 生活管理について</b> <input type="checkbox"/> 医師から指示されていない(ウ. の記入へ) <input type="checkbox"/> 医師から指示されている ●医師から指示されている生活管理内容  <b>イ. 指示されている生活管理について</b> <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> できていない ●生活管理ができない理由  <b>ウ. 生活管理の実施状況</b> <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介護 <input type="checkbox"/> 全部介護 ●介護の必要な理由	<b>ア. 食事管理について</b> <input type="checkbox"/> 医師から指示されていない(ウ. の記入へ) <input type="checkbox"/> 医師から指示されている ●医師から指示されている食事管理内容  <b>イ. 指示されている食事管理について</b> <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> できていない ●食事管理ができない理由  <b>ウ. 食事管理の実施状況</b> <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部親が管理 <input type="checkbox"/> 全部親が管理 ●親の管理が必要な理由

## 2 過去2週間の血糖値

※過去2週間の毎日の最高血糖値、最低血糖値、測定時刻、測定前の食事時刻のわかる資料を添付された場合は、この表の記入を省略することができます。

測定日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
最高血糖値	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
測定時刻	時	時	時	時	時	時	時
測定前の食事	時	時	時	時	時	時	時
最低血糖値	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
測定時刻	時	時	時	時	時	時	時
測定前の食事	時	時	時	時	時	時	時
測定日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
最高血糖値	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
測定時刻	時	時	時	時	時	時	時
測定前の食事	時	時	時	時	時	時	時
最低血糖値	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ
測定時刻	時	時	時	時	時	時	時
測定前の食事	時	時	時	時	時	時	時

裏面を医師に記入してもらってください。

3 血糖コントロールの状況

(注：この枠内は医師がご記入ください。)

(1) インスリン投与・血糖値測定状況

インスリンの種類 ( )	(注射・ポンプ)	(回数 /日)	(量 )	血糖測定値の 回数 ( 回/日)
インスリンの種類 ( )	(注射・ポンプ)	(回数 /日)	(量 )	
インスリンの種類 ( )	(注射・ポンプ)	(回数 /日)	(量 )	

(2) 自己の処理で回復できなかった低血糖発作等

※Aは過去1年、Bは過去3ヶ月で最も症状を現している月について記入してください。

①他人(親を含む)の介護で回復した低血糖発作 (A 回/月、B 回/月)

発作時の主な介護者 【  
発作時の具体的な介護内容

②医療機関の処置で回復した低血糖発作 (A 回/月、B 回/月)

処置した主な医療機関名 【

③重篤な高血糖発作の有無 (A 回/月、B 回/月)

回復のための具体的な処置内容

(3) 血糖コントロールの状況についての主治医の評価

良好 やや不良 不良

●やや不良、不良と評価した場合その理由

主治医の指示どおり療法管理がされていないため

主治医の指示どおり療法管理がされているが血糖コントロール不能である  
(その理由)

4 療法管理上、留意すべき特別な事情

療法管理の状況については記載のとおりです。

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_