受診票2　　　　　　　　**学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票　　 カルテNo.**

**＜学校が記載する＞**

学校名　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　組

氏　名　　　　　　　　男・女　生年月日　　平成　　年　　月　　日

今回の学校検尿の結果（令和　　年　　月　　日）　尿糖　(±)　(＋)　(++)　(+++)　(++++)

**＜保護者が記載する＞**

過去の糖尿病精密検査受検歴

　　　□　なし

□　あり（　　　歳または　　年生）　　　 　正常型　　境界型　　糖尿病型 不明

【主治医】　医療機関および医師名

生育歴　生まれた時の体重（　　　　　）ｇ

既往歴　尿糖陽性　なし　あり（　　　歳または　　　年生）

　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　糖尿病家族歴（なし・あり）　　母親の妊娠糖尿病（なし・あり）

（あり）の場合、どなたが？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

治療歴は？（　□食事療法のみ　□内服薬　□インスリン療法　）

　現症　・のどがよく渇きますか（いいえ・はい）　　・急にやせてきましたか（いいえ・はい）

・尿の回数が増えましたか（いいえ・はい）

　・夜中にトイレ(尿)にいきますか（いいえ・はい）　・その他（　　　　　　　　　　　）

**＜以下は、医療機関が記入＞**

受診日　令和　　　年　　　月　　　日

現　症　　　身長　　　　　cm　　　体重　　　　　kg　　血圧　　　　　／　　　　mmHg

ブドウ糖負荷試験（1.75ｇ/kg，最大75ｇ）

　　　　　　　　　　　　　前　　　　30分　　　　120分　　　< 判 定 >

1 正常型

2 境界型

3 糖尿病型

（Ⅰ型・Ⅱ型）

血 糖　　mg/dl

尿 糖

I R I　　μU/ml　　　　　　　　　　　　　　 ／

　HbA1c 　　％　 　総コレステロール 　mg/dl

　 中性脂肪 　mg/dl 　HDLコレステロール　 mg/dl

<今後の方針＞

１．進学、就職等の節目に、かかりつけ医で血糖、HbA1c確認して下さい。

２．　　　　　ヶ月に１回程度、かかりつけ医でフォローして下さい。

３．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　でフォローを受けて下さい。

医療機関及び医師名　　 　　　 　　　印