

平成 26 年度 北陸小児糖尿病サマーキャンプ申込用紙

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 平成 年 月 日 (歳)	(幼・小・中 年)								
住所 (〒)											
Tel :											
E-mail :											
受療している医療機関について (名称) 病院 科 (主治医 先生) (住所)											
最近受診した日 平成 26 年 月 日											
治療状況 インスリン		飲み薬									
(薬剤名)	(量)	(薬剤名)	(量)								
朝		朝									
昼		昼									
夕		夕									
眠前		眠前									
血糖測定器具の種類と穿刺器具の名称を教えてください。											
学校について											
・ 学校名	学校	年生									
・ 校長名	先生	糖尿病について	知らせている・知らせていない								
・ 担任名	先生	糖尿病について	知らせている・知らせていない								
・ 養護教諭名	先生	糖尿病について	知らせている・知らせていない								
・ 部活動	部										
顧問	先生	糖尿病について	知らせている・知らせていない								
最近の血糖状況について (低血糖になりやすい時間帯・症状) をお教えてください											
参加について											
・ 付き添い なし・あり (氏名:) (続柄:) (付き添い状況:)											
・ お迎え 不要・必要 (希望日時: 日 時頃) (場所:)											
参加者全員について食事・宿泊が必要な箇所に○をつけてください<きょうだいは年齢(学年)も記入>											
参加者氏名	8月8日(金)		8月9日(土)				8月10日(日)			8月11日(月)	
(本人との続柄)	夕食	宿泊	朝食	昼食	夕食	宿泊	朝食	昼食	夕食	宿泊	朝食
(本人)											
()											
()											
()											
*小さいお子さんで、食事やお布団が必要ない場合、その旨ご記入ください											
最近困っていること											
キャンプ中に達成したいこと											
その他 (キャンプに関する要望・連絡事項など)											