

《2025年 第49回サマーキャンプ個人プロフィール》 部屋番号 _____ (※本部記入)

※本人または家族の方が記入してください。 記入日 _____ 月 _____ 日

参加者氏名およびプロフィール

性別 男性 女性 発症年月 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

学年 小学生 中学生 高校生 参加回数 初参加 身長 _____ cm

大学・短大・専門学校 社会人その他 2回目以上 体重 _____ kg

_____ 年生 今回は _____ 回目の参加です

緊急時連絡先 (本人以外)

連絡先① _____ 続柄 _____ ② _____ 続柄 _____

※ご家族がキャンプに参加される場合は、その方の携帯番号をご記入ください。

参加されるご家族名と続柄、生年月日 (西暦)

ふりがな

氏名 _____

続柄 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____

続柄 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____

続柄 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

集合場所および解散時の場所

集合場所 JR 桑園駅西口 現地(ネイパル深川)

子どもだけの参加で、バス停 現地に

解散場所 JR 桑園駅西口 現地(ネイパル深川)

お迎えに来る方 _____ 続柄 _____

現在通院している病院名と主治医および最近の HbA1c

病院名 _____ HbA1c _____ % (/ 現在)

主治医名 _____

発症した時の病院と通院先は違いますか? 変わった 変わらない

現在使用しているインスリンについてご記入下さい

【ペンの場合】

	注射時刻	インスリンの種類	単位
朝食前	_____ :	_____	_____
昼食前	_____ :	_____	_____
夕食前	_____ :	_____	_____
就寝前	_____ :	_____	_____
上記以外の	_____ :	_____	_____
追加打ち	_____ :	_____	_____

・ 下記、分かればご記入下さい

カーボ／インスリン比： _____、インスリン効果値： _____

【インスリンポンプの場合】時刻は 24 時間単位でご記入下さい！

基礎(Basal)			追加(Bolus)		
	時刻	単位(IU/h)		時刻	単位(IU)
	_____ : _____ ~	_____	朝食前	_____ : _____	_____
	_____ : _____ ~	_____			
	_____ : _____ ~	_____	昼食前	_____ : _____	_____
	_____ : _____ ~	_____			
	_____ : _____ ~	_____	夕食前	_____ : _____	_____
	_____ : _____ ~	_____			
	_____ : _____ ~	_____	就寝前	_____ : _____	_____
	_____ : _____ ~	_____			
	_____ : _____ ~	_____	その他	_____ : _____	_____
	_____ : _____ ~	_____			
	_____ : _____ ~	_____		_____ : _____	_____
カーボ／インスリン比： _____、インスリン効果値： _____					

血糖測定？CGM？に関する状況？情報？についてご記入ください

リブレ or DEXCOM あり なし
 SAP(リアルタイム CGM) あり なし

☆ 1 年間以内にインスリンの種類や打つ回数が変わりましたか？ 変わった 変わらない
 変わった場合、その旨、具体的にご記入下さい。他に、インスリン or ポンプについて伝えておきたい
 ことがあればご記入ください。

※特にポンプを使用している方は、詳細を別紙『キャンプ中、心配なこと配慮しなければならない・・・』
 の記入用紙にお書きください。

以下の病気のワクチン接種状況、罹病の有無についてお答え下さい。

	ワクチン接種歴	罹病歴(かかったことはありますか?)
はしか	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない
水痘	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない
おたふくかぜ	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない
風疹	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> わからない

小児糖尿病以外にかかっている病気があればご記入ください。(例:アトピー性皮膚炎・喘息・てんかん等)
※キャンプ中に医師の診断を要するような疾患があればご記入下さい

インスリン以外でいつも服用しているお薬はありますか?(キャンプ中に服用しなくてはならない薬)

- ある 薬名 _____ (1日 _____ 回 朝 昼 夕 就寝前)
- ない 薬名 _____ (1日 _____ 回 朝 昼 夕 就寝前)
- 薬名 _____ (1日 _____ 回 朝 昼 夕 就寝前)
- 薬名 _____ (1日 _____ 回 朝 昼 夕 就寝前)
- 薬名 _____ (1日 _____ 回 朝 昼 夕 就寝前)

低血糖について

軽度の低血糖は自分でわかりますか? ○わかる ○わからない
☆わかる方はどのような症状ですか? 本人がわからない場合はどうしていますか?

軽度の低血糖は自分で対処できますか? ○できる ○できない
☆出来ない方は、誰にどのようにしてもらっていますか?

誰に: _____ 対処法: _____

普段の生活で、低血糖の補食として主に使用しているものは何ですか? _____

学校で低血糖になった場合はどのような補食を摂っていますか? _____

過去1年以内に、以下のような重症低血糖を起こしたことがありますか?

		日にち	起きた時刻	回数	場所	処置法(例:グルカゴン)
けいれん	○ある ○ない	/	:	_____	_____	_____
意識消失	○ある ○ない	/	:	_____	_____	_____
異常行動	○ある ○ない	/	:	_____	_____	_____

自己管理について

- 自己注射 ○毎日している ○時々している ○やっていない ○できない ○親がやっている
- 血糖測定 ○毎日している ○時々している ○やっていない ○できない ○親がやっている
- CGM (リブレなど) ○毎日している ○時々している ○やっていない ○できない ○親がやっている
- 尿ケトン体測定 ○毎日している ○時々している ○やっていない ○できない ○親がやっている
- 上記検査を記録 ○毎日している ○時々している ○やっていない ○できない ○親がやっている

食事について

食事の摂り方 ○カーボ or 単位をきめている → _____

○カーボ or 単位はきめていない(バランスのみ)

毎日、定時に間食(おやつ)を ○食べる ○食べない おおまかな時間帯(例 :PM3 時頃) _____

キャンプ中(日常的)に起こり得る食物アレルギーの有無

○ない ○ ある → 食品名 _____

キャンプ中でのアレルギー対応について伝えておきたいこと(※例:除去食、抗アレルギー薬服用・・・など)

◎キャンプに参加される上で、何かご心配なことや配慮しなければならないことなどが知らせたいことがありましたらご記入ください。

◎キャンプは、日常ではなかなか交流をもつ機会のない保護者同士の情報交換の場でもあり、また疾患に対する正しい知識を取り入れたり、再確認をする場でもあります。ぜひ、この機会に聞いてみたいことなどありましたらお書きください。(日常のご相談事でもかまいません)

以上

