

(中学・高校生用)

糖尿病疾患児学校生活一般に関する連絡表

㊟(糖尿病精密検査及び学校生活一般に関する注意事項等記載依頼)

学 校 名	TEL	-	-
	TEL	-	-
	TEL	-	-
氏 名			
性 別			
生年月日	年	月	日 生

年度	学 年 組	記載の有無
年度	年 組	有・無

学校における検尿の結果

年月日	第一次検尿					年月日	再検尿					備考
	蛋白	糖	潜血	白血球	PH		蛋白	糖	潜血	白血球	PH	
. .						. .						
. .						. .						
. .						. .						
. .						. .						
. .						. .						
. .						. .						

低血糖が起こったときの対応

程 度	症 状	対 応
軽 度	空腹感、いらいら、 手がふるえる ※	グルコース錠2個(10g相当) (あるいは、スティックシュガー10g)
中 等 度	黙り込む、冷や汗・蒼白、 異常行動	グルコース錠2個 (あるいは、スティックシュガー10g) さらに多糖類を40～80kcal(0.5～1単位分)食べる。 ビスケットやクッキーなら2～3枚、食パンなら1/2枚、 小さいおにぎり 1つなど 上記補食を食べた後、保健室で休養させ経過観察する。
高 度	意識障害、けいれんなど	保護者・主治医に緊急連絡し、救急車にて主治医または近くの病院に転送する。 救急車を待つ間、砂糖などを口腔内の頬粘膜になすりつける。 別途指示がある場合は、主治医・学校医の指示に従う。

※軽度であっても低血糖がおこったときには、保護者・主治医に連絡することが望ましい。

主治医の先生へお願い

上記の者が健康診断結果等により、学校医より精密検査を受けるよう指示がありましたので検診についてよろしく
お願いいたします。なお、健康管理や生活指導の資料といたしますので、学校生活一般に関する注意事項等を
次のページに御記入の上、保護者を通じて学校にお送りくださるようお願いいたします。

重症の低血糖発作時のグルコガン点鼻粉末剤の投与等、緊急対応が必要な場合は「緊急対応」の欄に記載、もし
くは別途指示書を添付してください。

校 長

学校生活一般に関する注意事項

氏名 ()

記載日の学年	入学・転学した時点の学年 または 健康診断で精密検査が必要となった学年 年	集団宿泊学習を行う学年 年	修学旅行を行う学年 年
記載日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診断名			
現在の治療内容	1 インスリン注射器具 (なし ペン ポンプ) 学校での注射(有 無) 学校での血糖値測定(有 無) (FGM/CGM, 指先血) 2 経口血糖降下薬(有 ・ 無) 薬品名() 学校での服用(有 ・ 無) 3 食事・運動療法のみ 4 受診回数 回/月	1 インスリン注射器具 (なし ペン ポンプ) 学校での注射(有 無) 学校での血糖値測定(有 無) (FGM/CGM, 指先血) 2 経口血糖降下薬(有 ・ 無) 薬品名() 学校での服用(有 ・ 無) 3 食事・運動療法のみ 4 受診回数 回/月	1 インスリン注射器具 (なし ペン ポンプ) 学校での注射(有 無) 学校での血糖値測定(有 無) (FGM/CGM, 指先血) 2 経口血糖降下薬(有 ・ 無) 薬品名() 学校での服用(有 ・ 無) 3 食事・運動療法のみ 4 受診回数 回/月
(基本的には学校生活一般と同じ)	食事に関する注意 1 学校給食(制限なし・お代わりなし) その他() 2 補食 (食品名:) ・定時に 時 ・必要な時のみ() 3 宿泊学習の食事 (制限なし ・ お代わりなし)	食事に関する注意 1 学校給食 (制限なし ・ お代わりなし) 2 補食 (食品名:) ・定時に 時 ・必要な時のみ() 3 宿泊学習の食事 (制限なし ・ お代わりなし)	食事に関する注意 1 学校給食 (制限なし ・ お代わりなし) 2 補食 (食品名:) ・定時に 時 ・必要な時のみ() 3 宿泊学習の食事 (制限なし ・ お代わりなし)
緊急対応	<input type="checkbox"/> 緊急対応あり(表紙に示した低血糖時対応以外) 薬品名() 使用に際しての学校への指示・注意事項	<input type="checkbox"/> 緊急対応あり(表紙に示した低血糖時対応以外) 薬品名() 使用に際しての学校への指示・注意事項	<input type="checkbox"/> 緊急対応あり(表紙に示した低血糖時対応以外) 薬品名() 使用に際しての学校への指示・注意事項
お学校・家庭等に	<input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり(詳細は下記に記載してください)	<input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり(詳細は下記に記載してください)	<input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり(詳細は下記に記載してください)
診断医師名	病医院名 医師氏名	病医院名 医師氏名	病医院名 医師氏名

—注— 本紙の記入にあたって

<学校へ>

- ・原則、「入学・転学した時点の学年または健康診断で精密検査が必要となった学年」、「集団宿泊学習を行う学年」、「修学旅行を行う学年」時点のみの記載とします。
- ・「健康診断で精密検査が必要となった学年」とは、学校検尿で糖尿の項目で初めて精密検査が必要となった学年を指します。(治療が継続している場合、学校検尿で精密検査対象となっても主治医への記載依頼は不要とします)
- ・主治医や保護者から学校対応に変更があると学校が情報を得た時点で、速やかに保護者を通じて主治医に「学校対応に変更が必要となった時」欄の記載をお願いしてください。

学校生活一般に関する注意事項

氏名 ()

記載日の学年	学校対応に変更が必要となった学年 年	学校対応に変更が必要となった学年 年	学校対応に変更が必要となった学年 年
記載日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診断名			
現在の治療内容	1 インスリン注射器具 (なし ペン ポンプ) 学校での注射(有 無) 学校での血糖値測定(有 無) (FGM/CGM, 指先血) 2 経口血糖降下薬(有 ・ 無) 薬品名() 学校での服用(有 ・ 無) 3 食事・運動療法のみ 4 受診回数 回/月	1 インスリン注射器具 (なし ペン ポンプ) 学校での注射(有 無) 学校での血糖値測定(有 無) (FGM/CGM, 指先血) 2 経口血糖降下薬(有 ・ 無) 薬品名() 学校での服用(有 ・ 無) 3 食事・運動療法のみ 4 受診回数 回/月	1 インスリン注射器具 (なし ペン ポンプ) 学校での注射(有 無) 学校での血糖値測定(有 無) (FGM/CGM, 指先血) 2 経口血糖降下薬(有 ・ 無) 薬品名() 学校での服用(有 ・ 無) 3 食事・運動療法のみ 4 受診回数 回/月
(基本的学校生活一般には健康児と同じ)	食事に関する注意 1 学校給食(制限なし・お代わりなし) その他() 2 補食 (食品名:) ・定時に 時 ・必要な時のみ() 3 宿泊学習の食事 (制限なし ・ お代わりなし)	食事に関する注意 1 学校給食 (制限なし ・ お代わりなし) 2 補食 (食品名:) ・定時に 時 ・必要な時のみ() 3 宿泊学習の食事 (制限なし ・ お代わりなし)	食事に関する注意 1 学校給食 (制限なし ・ お代わりなし) 2 補食 (食品名:) ・定時に 時 ・必要な時のみ() 3 宿泊学習の食事 (制限なし ・ お代わりなし)
緊急対応	<input type="checkbox"/> 緊急対応あり(表紙に示した低血糖時対応以外) 薬品名() 使用に際しての学校への指示・注意事項	<input type="checkbox"/> 緊急対応あり(表紙に示した低血糖時対応以外) 薬品名() 使用に際しての学校への指示・注意事項	<input type="checkbox"/> 緊急対応あり(表紙に示した低血糖時対応以外) 薬品名() 使用に際しての学校への指示・注意事項
お学校・家庭に	<input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり(詳細は下記に記載してください)	<input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり(詳細は下記に記載してください)	<input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり(詳細は下記に記載してください)
診断医師名	病医院名 医師氏名	病医院名 医師氏名	病医院名 医師氏名

—注— 本紙の記入にあたって

<保護者・主治医の方へ>

- ・状態に変化があり、学校の対応に変更が必要な場合は必ず記入してください。
- ・「集団宿泊学習」や「修学旅行」の事前調査として、数か月前に記載をお願いすることもあります。
- ・学校差、個人差が大きいことが考えられるため、それぞれの児童の学校の活動状況を確認して記入してください。
- ・重症の低血糖発作時のグルコガン点鼻粉末剤の投与等、緊急対応が必要な場合は「緊急対応」の欄に記載、もしくは別途指示書を添付してください。
- ・裏面の学校生活管理指導表をもとに、活動に制限がある場合は、「学校・家庭における注意等」に詳細を記入してください。

学校生活管理指導表(中学・高校生用)

(指導区分A・・・在宅医療・入院が必要 B・・・登校はできるが運動は不可 C・・・軽い運動は可 D・・・中等度の運動まで可 E・・・強い運動も可)

体育活動		運動強度	軽い運動(C・D・Eは”可”)	中等度の運動(D・Eは”可”)	強い運動(Eのみ”可”)			
運動領域等	※体づくり運動	体ほぐしの運動 体力を高める運動	仲間と交流するための手軽な運動、律動的な運動 基本の運動(投げる、打つ、捕る、蹴る、跳ぶ)	体の柔らかさおよび巧みな動きを高める運動、力強い動きを高める運動、動きを持続する能力を高める運動	最大限の持久運動、最大限のスピードでの運動、最大筋力での運動			
	器械運動	(マット、跳び箱、鉄棒、平均台)	準備運動、簡単なマット運動、バランス運動、簡単な跳躍	簡単な技の練習、助走からの支持、ジャンプ・基本的な技(回転系の技を含む)	演技、競技会、発展的な技			
	陸上競技	(競走、跳躍、投てき)	基本動作、立ち幅跳び、負荷の少ない投てき、軽いジャンピング(走ることは不可)	ジョギング、短い助走での跳躍	長距離走、短距離走の競走、競技、タイムレース			
	水泳	(クロール、平泳ぎ、背泳ぎ、バタフライ)	水慣れ、浮く、伏し浮き、け伸びなど	ゆっくりな泳ぎ	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン			
	球技	ゴール型	バスケットボール	ランニングの運動	フ(身体ワの強いを接伴を運動わなないもの)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防御)	簡易ゲーム・スゲーム・応用・練習技	試合・競技
			ハンドボール					
			サッカー					
			ラグビー					
		ネット型	バレーボール					
			卓球					
テニス								
バドミントン								
ベースボール型	ソフトボール							
	野球							
ゴルフ	基本動作(軽いスイングなど)	クラブで球を打つ練習						
武道	柔道、剣道、相撲	礼儀作法、基本動作(受け身、素振り、さばきなど)	基本動作を生かした簡単な技・形の練習	応用練習、試合				
ダンス	創作ダンス、フォークダンス 現代的なリズムのダンス	基本動作(手ぶり、ステップ、表現など)	基本動作を生かした動きの激しさを伴わないダンスなど	各種のダンス発表会など				
野外活動	雪遊び、氷上遊び、スキー、スケート、キャンプ、登山、遠泳、水辺活動	水・雪・氷上遊び	スキー、スケートの歩行やゆっくりな滑走平地歩きのハイキング、水に浸かり遊ぶなど	登山、遠泳、潜水、カヌー、ボート、サーフィン、ウインドサーフィンなど				
文化的活動		体力が必要な長時間の活動を除く文化活動	右の強い活動を除くほとんどの文化活動	体力を相当使って吹く楽器(トランペット、トロンボーン、オーボエ、バスーン、ホルンなど)、リズムのかなり速い曲の演奏や指揮、行進を伴うマーチングバンドなど				
学校行事・その他の活動		<ul style="list-style-type: none"> ▼運動会、体育祭、球技大会、新体力テストなどは上記の運動強度に準ずる。 ▼指導区分、“E”以外の生徒の遠足、宿泊学習、修学旅行、林間学校、臨海学校などの参加について不明な場合は学校医・主治医と相談する。 						
指導区分の範囲		C	D	E				

(軽い運動) 同年齢の平均的生徒にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

定義

(中等度の運動) 同年齢の平均的生徒にとって、少し息がはずむが、息苦しくはない程度の運動。パートナーがいれば、楽に会話ができる程度の運動。

(強い運動) 同年齢の平均的生徒にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。心疾患では等尺運動の場合は、動作時に歯を食いしばったり、大きな掛け声を伴ったり、動作中や動作後に顔面の紅潮、呼吸促進を伴うほどの運動。

* 新体力テストで行われるシャトルラン・持久走は強い運動に属することがある。