



## &lt;&lt;キャンプのための資料&gt;&gt;

キャンパー名						
かかりつけの医療機関	病院名：	電話：				
	主治医：	先生	所属患者会名：			
発症年齢	歳	ヶ月	自己注射可否	できる ・ できない		
インスリン治療内容	※次の1または2を○で囲み、1については詳細をご記入ください。					
	インスリンの種類	インスリン注射の量（単位）				
		朝食前	昼食前	おやつ	夕食前	ねる前
	a.					
	b.					
c.						
d.						
2.インスリンポンプ(→ 添付の別表に記載後、合わせてFaxまたは郵送願います)						
最近の体格とHbA1c	身長：	cm	体重：	kg	HbA1c： %	
低血糖	症状					
	自分での対処	できる・できない				
	低血糖時の補食の種類					
	重症低血糖の経験	なし・あり				
	グルカゴンの用意	なし・あり→グルカゴン製剤名：				
	グルカゴンの使用経験	なし・あり				
自己血糖測定	自己測定：できる・できない 機種名：					
CGM	使用している機種名を○で囲んで下さい フリースタイルリブレ、フリースタイルリブレ2、Dexcom G6、Dexcom G7、 ガーディアン4スマートCGM、ポンプ連動タイプ					
アレルギー	薬物アレルギー	なし・あり：				
	アレルギー疾患	なし・あり：				
糖尿病以外の病気						
今回のキャンプに望むこと						
その他						



## 第54回 肥後っこスマイルサマーキャンプ インスリンポンプカード-1

インスリンポンプを使用している方は、ご記入下さい。

キャンパー名	氏名：	年齢：	歳
いつからポンプを使用していますか？	歳から		
どのポンプを使用していますか？	<input type="checkbox"/> ミニメド770G <input type="checkbox"/> ミニメド780G <input type="checkbox"/> テルモMEDISAFE WITH <input type="checkbox"/> トップ8200		
ポンプを自分で操作できますか？	追加インスリン（ボーラス） <input type="checkbox"/> 操作できる <input type="checkbox"/> 操作できない  基礎インスリン（ベーサル） <input type="checkbox"/> 操作できる <input type="checkbox"/> 操作できない		
ポンプの針は自分で刺せますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
インスリンは自分で交換できますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
どのインスリンを使用していますか？	<input type="checkbox"/> アピドラ <input type="checkbox"/> ルムジェブ <input type="checkbox"/> ヒューマログ <input type="checkbox"/> フィアスプ <input type="checkbox"/> ノボラピッド		
CGMは使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない		
スマートガードオートモード機能(770G, 780G)は使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない		



## 第54回 肥後っこスマイルサマーキャンプ インスリンポンプカード -2

キャンパー名	氏名：	年齢：	歳
カーボカウントは していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		

カーボカウントをしている方は、下記をご記入下さい。

インスリン糖質比は	0:00~___:00	糖質 ___ gにつき1単位
	___:00~___:00	糖質 ___ gにつき1単位
	___:00~___:00	糖質 ___ gにつき1単位
	___:00~___:00	糖質 ___ gにつき1単位
	___:00~___:00	糖質 ___ gにつき1単位
インスリン効果値は いくつですか？	0:00~___:00	1単位で _____ mg/dl
	___:00~___:00	1単位で _____ mg/dl
	___:00~___:00	1単位で _____ mg/dl
	___:00~___:00	1単位で _____ mg/dl
	___:00~___:00	1単位で _____ mg/dl
目標血糖値はいくつ ですか？	0:00~___:00	_____ ~ _____ mg/dl
	___:00~___:00	_____ ~ _____ mg/dl
	___:00~___:00	_____ ~ _____ mg/dl
	___:00~___:00	_____ ~ _____ mg/dl
	___:00~___:00	_____ ~ _____ mg/dl

皆さんご記入ください。

ポーラスウィザードは 使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
追加イン スリンは 何単位打 ちます か？	朝食時_____単位、昼食時_____単位、夕食時_____単位
	おやつやその他分食事
	何時に( )時、何を( )どれくらい( )食べて( )単位 何時に( )時、何を( )どれくらい( )食べて( )単位
基礎イン スリンの 単位はい くつです か？	0:00~___:___ _____ 単位
	___:___ ~ ___:___ _____ 単位
	___:___ ~ ___:___ _____ 単位
	___:___ ~ ___:___ _____ 単位
	___:___ ~ ___:___ _____ 単位
	___:___ ~ ___:___ _____ 単位

