

# 第54回 肥後っこスマイルサマーキャンプ申込書

サマーキャンプに参加ご希望の方は、下記に必要事項を記入して、Fax または郵送にてお送りください。  
 (表、裏の2面をお願いいたします。)  
 折り返し、キャンプ費用納入に関する文書をお届けいたします。

**【申し込み〆切日】 2024年7月19日(金)必着**

|       |         |               |             |         |             |         |  |
|-------|---------|---------------|-------------|---------|-------------|---------|--|
| キャンパー | 名前・ふりがな |               | 学年          | 性別      | 生年月日        | 食物アレルギー |  |
|       | ふりがな    |               | 小・中・高<br>年生 | 男       | 西暦<br>年 月 日 | 無<br>有： |  |
|       | 名前      |               |             | 女       |             |         |  |
|       | 参加日程    | 〇を記入する        |             | 8月3日(土) | 8月4日(日)     | 8月5日(月) |  |
|       |         | 参加 (1日1,000円) |             |         |             |         |  |
| 朝食    |         |               |             |         |             |         |  |
| 昼食    |         |               |             |         |             |         |  |
| 夕食    |         |               |             |         |             |         |  |
| 宿泊    |         |               |             |         |             |         |  |

患者家族会に参加される場合は、  
〇を付けて下さい。

|     |            |                     |     |     |  |   |  |
|-----|------------|---------------------|-----|-----|--|---|--|
| 保護者 | 優先順①       | 氏名：                 | 続柄： | 携帯： |  |   |  |
|     | 優先順②       | 氏名：                 | 続柄： | 携帯： |  |   |  |
| 連絡先 | 電話番号       | 自宅：                 |     |     |  | 患者家族会<br>8月3日 15:00-16:00<br>8月4日 10:00-11:00 |  |
|     | 住所         | 〒 _____ 県 _____ 市・郡 |     |     |  |   |  |
|     | E-mailアドレス | _____ @ _____       |     |     |  |   |  |

|     |               |      |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|-----|---------------|------|---------|----|--------|----|---------|---|---------|---|---------|---|---|---|
| 同伴者 | 名前・ふりがな       |      | 続柄      | 性別 | 生年月日   |    |         |   | 食物アレルギー |   |         |   |   |   |
|     | ①             | ふりがな |         |    | 男<br>女 | 西暦 | 年 月 日   |   |         |   | 無<br>有： |   |   |   |
|     |               | 名前   |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | ②             | ふりがな |         |    | 男<br>女 | 西暦 | 年 月 日   |   |         |   | 無<br>有： |   |   |   |
|     |               | 名前   |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | ③             | ふりがな |         |    | 男<br>女 | 西暦 | 年 月 日   |   |         |   | 無<br>有： |   |   |   |
|     |               | 名前   |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | ④             | ふりがな |         |    | 男<br>女 | 西暦 | 年 月 日   |   |         |   | 無<br>有： |   |   |   |
|     |               | 名前   |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | 〇を記入する        |      | 8月3日(土) |    |        |    | 8月4日(日) |   |         |   | 8月5日(月) |   |   |   |
|     |               |      | ①       | ②  | ③      | ④  | ①       | ② | ③       | ④ | ①       | ② | ③ | ④ |
|     | 朝食 (500円)     |      |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | 昼食 (1,000円)   |      |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | 夕食 (1,000円)   |      |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |
|     | 宿泊 (1泊1,500円) |      |         |    |        |    |         |   |         |   |         |   |   |   |

参) 全日程参加の場合には、1名あたり8,000円です。

|  |                   |
|--|-------------------|
| Dexcom G7装着 & キャンプ説明<br>■ 7月28日(日)10:00~12:00 熊本中央病院 大講堂 | 参加できる      参加できない |
|--|-------------------|

注1) 上記料金には、施設利用料・行事経費・災害保険料等が含まれています。  
 注2) サマーキャンプ会場への移動手段がない方はご相談ください。



## &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<br>機種名：  |                   |         |            |          |     |
| CGM                                      | 使用している機種名を○で囲んで下さい<br>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、<br>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<br><input type="checkbox"/> ミニメド780G<br><input type="checkbox"/> テルモMEDISAFE WITH<br><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（ボーナス）<br><input type="checkbox"/> 操作できる <input type="checkbox"/> 操作できない<br><br>基礎インスリン（ベーサル）<br><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<br><input type="checkbox"/> ヒューマログ <input type="checkbox"/> フィアスプ<br><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<br><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<br><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<br>していますか | <input type="checkbox"/> している<br><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<br>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<br>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。

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ボーラスウィザードは<br>使っていますか？             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                       |
| 追加イン<br>スリンは<br>何単位打<br>ちます<br>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<br>何時に ( ) 時、何を ( ) どれくらい ( ) 食べて ( ) 単位 |
| 基礎イン<br>スリンの<br>単位はい<br>くつです<br>か？ | 0:00~__ :__    ____ 単位   |
|                                    | __ :__ ~__ :__    ____ 単位  |
|                                    | __ :__ ~__ :__    ____ 単位  |
|                                    | __ :__ ~__ :__    ____ 単位  |
|                                    | __ :__ ~__ :__    ____ 単位  |
|                                    | __ :__ ~__ :__    ____ 単位  |