

健康保険証を必ずご持参下さい

精密検査（糖尿病）受診票

学校名 _____ 年 _____ 組 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

性 別 _____ 男 ・ 女 _____ ふりがな
氏 名 : _____

【検査結果：学校記入欄】

	検 査 日	定 性	
一次検尿	月 日	糖	
二次検尿	月 日	糖	

※保護者の皆様へ 受診の際には以下を必ずご記入のうえ、受診をお願いします

- 「糖」が一次検尿（±）以上で、二次検尿（±）以上あるいは一次検尿（+）以上の場合のみ記入下さい

※ 受診をする際は、飲食はせず（水は可）に受診してください

1. これまでに尿糖を指摘されたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」と答えた方は、その時の診断名に○をつけてください。

- ①1 型糖尿病②2 型糖尿病③境界型④腎性糖尿⑤異常なし⑥その他[]

2. 家族に尿糖のでる人がいますか？ (はい・いいえ)

3. 家族に糖尿病の人がいますか？ (はい・いいえ)

4. 急にやせてきましたか？ (はい・いいえ)

5. 普通より太りぎみであると思いますか？ (はい・いいえ)

6. これまでに次のような自覚症状がありましたか？（のどが渇く・水をよく飲む・夜中にトイレで起きる）

※記載の個人情報取扱いについて

受診される方の個人情報は、結果報告、事後管理指導・確認等に必要範囲で利用します。腎臓・糖尿病検診の精度向上のために、個人情報を除いた数値の統計処理を行います。全ての過程で個人情報は慎重に取り扱います。

所属都市医師会： 医療機関名： 担当医：

【検査結果：医療機関記入欄】

身 長	cm	体 重	kg	血 圧	/ mmHg
既往歴（通院中の疾患）					

※尿糖陽性例は、下記検査を行い、下段の判定会向け医師コメント記入欄及び対応記入欄を記入して下さい。

糖尿検診 受診日（西暦 年 月 日）

尿検査		血液検査		糖尿 暫定診断名・臨床診断名
空腹時尿糖	1+未満 1+ 2+ 3+以上	空腹時血糖	mg/dl	1. 異常なし 2. 糖尿病 3. 糖尿病疑い 4. 腎性糖尿 5. その他 ()
尿ケトン体	1+未満 1+ 2+ 3+以上	HbA1c	%	
		総コレステロール	mg/dl	
		HDL コレステロール	mg/dl	
		LDL コレステロール	mg/dl	
肥満度	%	中性脂肪	mg/dl	

判定会向け医師コメント記入欄 （選択項目結果、説明内容、判定会への連絡等）

対応記入欄 （ ）医療機関判定 （ ）判定会提出 （ ）精密機関紹介 ※医療機関判定の場合は、下記もご記入下さい。判定会提出・精密機関紹介の場合は記入不要です。			
暫定診断名 (右表の番号で記載)		次回検尿	不要 カ月後
管理区分	A B C D E 不要	次回採血	不要 カ月後
事後措置連絡表（医療機関判定の場合は不要）： 要（ カ月後の送付をお願いします） ・ 不要			