

第9回佐賀シャイニングスマイルサマーキャンプ参加申し込み書

※記入漏れがあると受付できない場合があります

患者様氏名	ふりがな	学校名・学年	最近の顔写真を貼付または添付して下さい
生年月日	西暦 年 月 日		
年齢・性別	歳 男/女		
保護者氏名	(続柄)		
住所	〒		
連絡先	① 携帯)	②	

※日本糖尿病協会に入会されていますか (はい ・ いいえ)

【治療について】

糖尿病の発症年齢	
診断された病院 (医療機関)	
どんな症状がありましたか	
現在、通院中の医療機関・主治医	
所在地 (県・市)	
現在のインスリン注射名と打つ単位数	・ ・ 自分で打つ ・ お手伝いが必要
カーボカウントを使用していますか	使っていない・基礎カーボ カウントみ・応用カーボ カウントまで使用
血糖測定器名・測定回数	機種名 1日 回 自分で測る ・ お手伝いが必要
持続血糖測定器・インスリンポンプを使っていますか (複数回答可)	使っていない・フリスタイル リブレ・メトトロ 620G・メトトロ 640G
低血糖の症状	
ふだん携帯している補食	

【成長・体質など】

身長・体重	cm kg
(女の子の場合) 初潮	歳～ 順・不順 (最終月経)・まだない
アレルギー (薬・食物)	なし ・ あり
ほかに治療中の病気はありますか?	
現在、一緒に暮らしている人を○で囲んで下さい	父 母 祖父 祖母 きょうだい (男 人、女 人の 番目)

★ボランティアスタッフ・医療スタッフがお子さんと接する際に配慮して欲しいこと (性格、体質、くせなど何でも結構です)

第9回佐賀シャイニングスマイルサマーキャンプ参加申し込み書

※記入漏れがあると受付できない場合があります

患者様氏名 ()

★一緒に参加するお友達やご兄弟がいる場合はこちらにご記入ください

参加者氏名	生年月日	学年 性別	緊急連絡先電話 & 現住所	気を付けて欲しいこと & アレルギー
ふりがな 関係 ()	西暦 年 月 日	男/女		アレルギー (有 無) 内容 ()
ふりがな 関係 ()	西暦 年 月 日	男/女		アレルギー (有 無) 内容 ()
ふりがな 関係 ()	西暦 年 月 日	男/女		アレルギー (有 無) 内容 ()
ふりがな 関係 ()	西暦 年 月 日	男/女		アレルギー (有 無) 内容 ()

★サマーキャンプに楽しみにしていること、期待することを児童とご家族で分けて、お書きください。

児童	
ご家族	

※ 記入いただいた情報については本サマーキャンプの活動以外に使用することはありません。

厳重に管理し、関係者間で情報共有する際にも最低限の情報のみとし個人情報の保護に努めます。

シャイニングスマイル佐賀サマーキャンプ実行委員会 会長 小島 基靖

★送迎バス（佐賀医大 - 波戸岬）の利用を希望されますか？○か×をつけてください

行き	
帰り	

