受診票 2　　**学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票**　　カルテ No._____

＜学校が記載する＞

学校名　　年　　組

氏　名　　男・女　生年月日　（平成・令和）　年　月　日

今回の学校検尿結果（令和　年　月　日）　尿糖　(±)　(+)　(++)　(+++)　(++++)

＜保護者が記載する＞

過去の糖尿病精密検査受検歴

□　なし　□　あり（　歳または　年生）　正常・腎性糖尿・糖尿病疑い・糖尿病

【医療機関および医師名】

出生歴　在胎（　）週（　）日生まれ、体重（　）g、身長(　.　)cm

既往歴　尿糖陽性（なし・あり）　（　歳または　年生）

その他（　）

糖尿病家族歴（なし・あり）　母の妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠の診断歴（なし・あり）

（あり）の場合、どなたが？（　）

治療法は？（　□食事療法のみ　□内服薬　□インスリン療法　）

現症　・のどがよく渇きますか（いいえ・はい）　・急にやせてきましたか（いいえ・はい）

・尿の回数が増えましたか（いいえ・はい）　・夜中にトイレ(尿)にいきますか（いいえ・はい）

・その他（　）

＜以下は、医療機関が記入＞　　受診日　令和　年　月　日

現　症　身長　cm　体重　kg　腹囲　cm　血圧　/　mmHg

1. 検査結果　空腹時 or 随時　（いずれか○）

血糖　mg/dL、HbA1c　%、尿糖(-, ±, +, 2+, 3+, 4+)、尿ケトン(-, ±, +)

※総 Chol　mg/dL、HDL-Chol　mg/dL、AST　IU/L、ALT　IU/L

膵島関連自己抗体（　）

2. 経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)　実施時（1.75 g /kg, 最大 75 g）

	前	30 分	60 分	120 分
血　糖 (mg/dL)				
尿　糖 (定性)				
インスリン(μU/mL)				

〈OGTT 判定〉
1　正常型
2　境界型
3　糖尿病型

3. <診断名>

① 正常
② 腎性糖尿
③ 正常高値の空腹時血糖/HbA1c
④ 糖尿病の疑い
⑤ 境界型
⑥ 糖尿病　1 型・2 型
その他（　）

4. <今後の方針>

1) 定期的な受診は不要ですが、食事・運動習慣に配慮した生活をしてください。
2) 進学、就職等の節目に、かかりつけ医で血糖値、HbA1c、尿糖を確認してください。
3) _____ヶ月に 1 回程度、かかりつけ医で診察・検査等を受けてください。
4) _____を受診して、治療・検査等を行ってください。

医療機関　及び　医師名　　印

受診票 2

結果記入についての参考資料

1. 検査結果

   ※については、必要に応じて実施してください。

2. OGTT は下記条件に合致する場合に実施してください。

   (1) 強く推奨される場合

   - 空腹時血糖値が 110～125mg/dL のもの
   - 随時血糖値が 140～199mg/dL のもの
   - HbA1c が 6.0～6.4%のもの（明らかな糖尿病の症状が存在するものを除く）

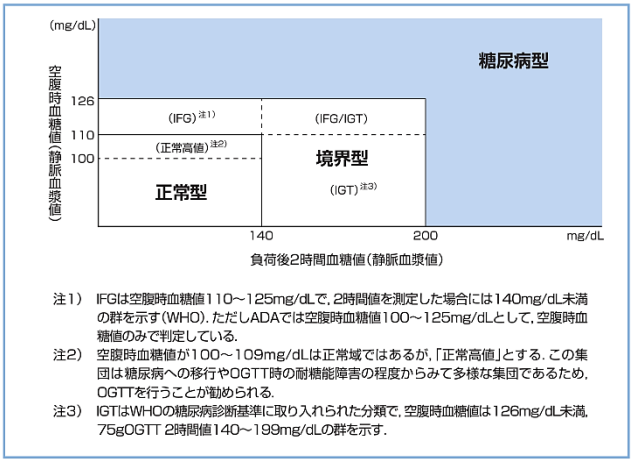
   (2) 行うことが望ましい場合

   - 空腹時血糖値が 100～109mg/dL のもの
   - HbA1c が 5.6～5.9%のもの
   - 上記を満たさなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

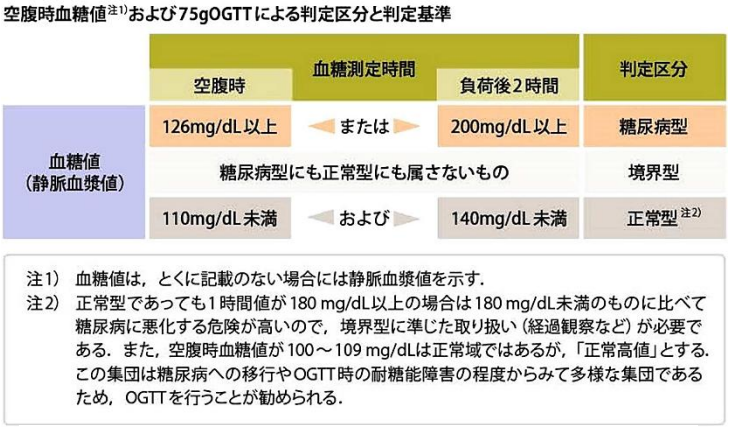
   また、空腹時血糖値が 126 mg/dL 以上 または 随時血糖値が 200 mg/dL 以上で、①HbA1c 6.5%以上、②糖尿病の典型的症状（口渇、多飲、多尿、体重減少）、③確実な糖尿病網膜症のいずれかを認める時、OGTT は不要です。

3. 診断名について

   下記を参照して、該当する診断名に丸を記入してください。



清野裕ほか：糖尿病 55:485-504, 2012 より引用

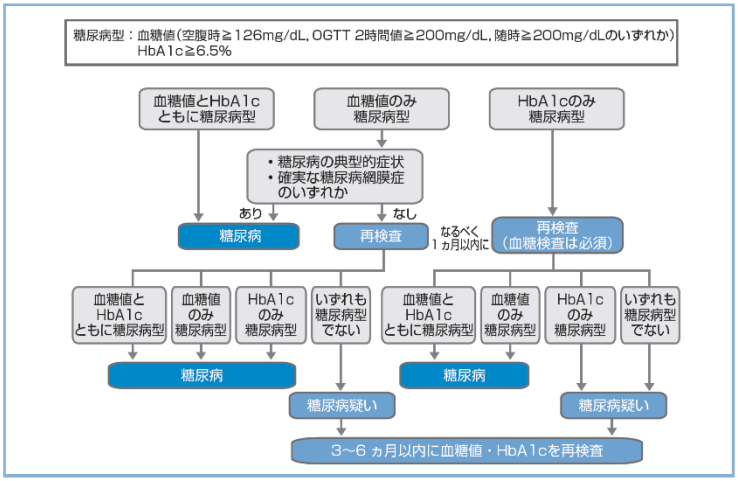


糖尿病学会「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」：
糖尿病 55:492, 2012 より一部改変して引用

4. 今後の方針について

   該当する方針に丸を記入してください。

   3)については 1，3，6, 12 ヶ月を目安にご検討ください。



糖尿病学会「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」：
糖尿病 55:492, 2012 より引用