

FAX 送信先：077-548-2230 メールアドレス送信先：spdm@belle.shiga-med.ac.jp
郵送先住所：〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学小児科 小児糖尿病セミナー実行委員会
(FAX、郵送、もしくは申込書の写真をメールでお送りください)

*** 第1回滋賀小児糖尿病セミナー・アンケート調査 申し込み用紙 ***
どちらかに○をしてください。

◆セミナーに参加します ◆セミナーは不参加だが、アンケート調査に協力します

(いずれの場合も後日、アンケートを2回郵送いたします。アンケートでは小児糖尿病の療養現状を把握し、より良い療養環境実現を目指します。任意であります、ご協力をお願いします。)

お子さまのお名前 _____ (性別：・男 ・女) (年齢： _____ 歳)

ご病気 (当てはまるものに○)： ・1型糖尿病 ・2型糖尿病 ・その他の糖尿病

参加されるお子様の昼食の申し込み： ・する ・しない (食物アレルギーがある場合は
(無料) 申しわけありませんがご持参下さい)

参加されるご家族 (大人) _____ (続柄： _____)
(2人まで)
(昼食は持参下さい) _____ (続柄： _____)

同伴される兄弟姉妹 _____ 人 (昼食は持参下さい)

うち託児室を利用されるお子様 _____ 人(それぞれの年齢 _____)
(託児室の詳細に関しては申込後に連絡させていただきます。)

セミナーに参加いただく方はセミナー運営の参考といたしますので以下の質問にお答え下さい。

(1) セミナーで知りたいこと

(2) 栄養指導で知りたいこと

(3) 現在行っている治療 (当てはまるものに○)

インスリン自己注射 (1日 _____ 回)、インスリンポンプ、内服治療、運動食事療法のみ

(4) 食事について (当てはまるものに○)

・カーボカウントをしている。 ・食品交換表を使用している ・何も使用していない

*** 申込者の連絡先 ***

ご住所：

電話番号：

FAX：

メールアドレス：