

第1回

滋賀小児糖尿病セミナー

勉強やクラブも大事だけど、
自分の病気について知ることや交流も大事だよ！



滋賀県イメージキャラクター
キャップイー

日程:平成28年12月11日(日)

時間:10時30分～15時15分

(受付開始 10時00分～)

参加費:無料



草津市公認キャラクター
たび丸くん

昼食:患者さんにはお弁当(無料)を用意します。
(アレルギーのある方とご家族の方は各自ご持参願います。)

対象

滋賀県内在住の小児1型糖尿病および
小児2型糖尿病の患者さんとそのご家族
(ご家族だけの参加も可能ですが、なるべく患者さん自身も参加下さい。)

参加ご希望の方は、別紙申込書を郵送またはFAX、もしくは
写真にとってメールにて10月31日までにお送り下さい。

会場:草津市市民交流プラザ

南草津駅東口徒歩1分

フェリエ南草津5階



(自転車・自動車でお越しの方は、
南草津自転車自動車駐車場を
ご利用ください。)

駐車チケット・駐輪場を市民交流プラザ事務室までお持ちください。
自動車は4時間無料の処理をしていただけます。

4時間以上の駐車は30分毎に100円の駐車料の自己負担となります。

自転車は1日サービス券(1日無料)を渡してもらえます。



詳細はウラ面をご覧ください

小児糖尿病に関するアンケート調査も同時に行いますので、参加されない場合もご協力ください。

目的

小児の糖尿病は1型も2型も一生の付き合いが必要ですが、成人の糖尿病と比べると患者数がとても少ない病気です。このため、病院などでの糖尿病教室はなく、病気について勉強する機会がほとんどありません。また患者会もありますが、参加されていない方も多く、患者さん同士の交流の場もほとんどありません。そんな小児糖尿病患者さんにご家族に病気についての勉強の機会と患者さん同士や家族同士の交流の機会を提供することを目的に本セミナーを開催します。貴重な機会となりますので、ぜひご参加下さい。患者さん本人と保護者の方の参加を基本としておりますが、ご兄弟を預けてくるのが難しい場合は同伴いただいても構いません。小さなお子さんは託児室の利用も可能です。ただし、スタッフなどに限りがありますので事前にご連絡ください。



内容

(1)教育講演:「誤解していませんか？小児糖尿病についてもっと知ろう！」

滋賀医科大学小児科 松井克之先生

(2)グループ別セッション

1型糖尿病の患者さんにご家族は3グループ(親・中学生以上の患者さん、小学生以下の患者さんは年齢により2グループ)、2型糖尿病の患者さんにご家族は1グループの計4グループにわかれて、栄養や運動、病気について学んでいただきます。

- 栄養:カーボカウントについて(1型糖尿病)、食事療法について(2型糖尿病) 昼食の時間にも弁当を使ってカーボカウントと食事療法を実践します。
- 運動:低血糖予防のための運動時の対策(1型糖尿病)、運動療法(2型糖尿病) 実際に軽運動も行いますので、室内用シューズをご持参下さい。
- 講演:グループ毎にそれぞれの病気についてさらに理解を深めます。
- レクリエーション:すごろくゲームで楽しみながら病気の理解を深めましょう。

(3)スモールグループディスカッション

患者さんにご家族にさらに小グループに分かれていただいて、糖尿病で困っていること、困っていたけれど克服できたこと、これからやってみたいことなどをテーマにしつつ、交流を深めていただきます。

連絡先:滋賀医科大学小児糖尿病セミナー実行委員会

住所:大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学小児科

担当:松井克之(滋賀医科大学小児科)

電話:077-548-2228、FAX:077-548-2230

メール:spdm@belle.shiga-med.ac.jp(実行委員会)

当日連絡先(9:30以降):077-567-2355(草津市立市民交流プラザ)

主催:滋賀医科大学小児科、滋賀県 後援:草津市

本セミナーは滋賀県による小児慢性特定疾病児童等交流会等事業の一環として行われます。



滋賀医科大学非公認キャラクター
ニホくん

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：