

あなたの低血糖チェックシート

こちらに記入をして、診察時に主治医や医療スタッフに伝えましょう。

Q1 低血糖が起こった時のことを教えてください

場所： _____ 日時： 月 日 時ごろ 血糖値： _____ mg/dl

Q2 そのとき症状はありましたか？

はい いいえ

Q3 はいの場合、どのような症状でしたか？※1

また、そのときの対処法や考えられる原因について教えてください。

低血糖
の程度

軽度



空腹感



無気力



だるさ



集中力低下



冷や汗



動悸



ふるえ



顔面蒼白



ほてり



意識もうろう



いつもと違う言動や行動



けいれん



昏睡

重度

対処法

症状に対して

- 自分で対処出来た
 回復に他の人の助けが必要だった

対処の内容は

- ブドウ糖をとった
 ジュースや甘い食べ物をとった
 家族などがグルカゴンを投与した
 救急車を呼んだ
 病院を受診した
 その他
 ()

※1 あらわれる症状には個人差があります。

原因： 食事がとれなかった / 少なかった / 遅れた
 糖尿病治療薬を医師の指示より多く投与してしまった / 間違っって投与した
 体調不良 飲酒 運動 その他 ()

施設記入欄 ※主治医や医療スタッフが記入

Q4 低血糖および重症低血糖※2の経験(回数)について教えてください。

前回の診察時から何回低血糖を自覚しましたか？ _____ 回

いままでに何回重症低血糖を経験されましたか？ _____ 回

※2 回復に他の人の助けが必要な低血糖