

## 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  
 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