

第 31 回すくすく教室(小児メタボリック症候群短期教育入院プログラム)のご案内
 ~ご家族の方へ~

【肥満、小児メタボリック症候群とは】

肥満とは体の中の脂肪が増えたことによる体重増加が過剰な状態です。その原因には食べ過ぎ、運動不足の他、生活の乱れ、心の悩みなどが関係しています。また肥満に伴うさまざまな合併症(高血圧、高脂血症、糖尿病など)が既に体の中で起こっていることもあり、この病態を小児メタボリック症候群(小児肥満症)と呼びます。単に肥満ではなく病気としてとらえる必要があり、早期に診断、治療を始めて、適切な習慣を身につけることが重要です。

【すくすく教室とは】

- 1) 対象: 小学校 3 年生~6 年生で体重増加が気になる児童
- 2) 肥満、小児メタボリック症候群とは何か? を勉強します。
- 3) 肥満はどうしたら改善するか? を体験を通して勉強し、適切な習慣を身につけます。

以上のことを目的に 7 月 31 日~8 月 2 日の 2 泊 3 日の日程で入院という形で、これから肥満治療を始め、続けていくための動機付けとできるように楽しい企画を考えています。

同じ悩みを持つお友達と一緒に、楽しく肥満の治療を始めましょう!

【プログラム】

	1 日目 (7/31 火曜日)	2 日目 (8/1 水曜日)	3 日目 (8/2 木曜日)
6:30		起床	起床
6:45		検査②	散歩
8:00		朝食	朝食
8:30	受付	楽しく運動	楽しく運動
9:00	オリエンテーションと 検査①	ウォークラリー(屋外)	個別指導(医師・栄養士)
10:00	開会式	(雨天は屋内でレク)	すくすく教室(運動指導)
12:00	親子で昼食	昼食	親子でおやつ作り
13:00	親子でカロリー調べ	すくすく教室(栄養指導)	親子で昼食
	楽しく運動	コラージュ作り(心理士)	閉会式
18:00	夕食	夕食	解散(16:00)
19:00	1 日の振り返り	1 日の振り返り	
	自由時間	自由時間	
21:00	消灯	消灯	

(**検査①: 心電図、レントゲン検査、 検査②: 血液・尿検査** を予定しています。)

1 日目は 16:00 まで、3 日目は 9:00 から保護者の方も参加していただけます。(宿泊は子供のみです)

1 日目に親子の散歩があります。ご家族の方も、散歩のできる身支度をお願い致します。

(詳細は多少の変更の可能性あります。)

【必要物品】(名前を書いておいてください)

印鑑、健康保険証、運動靴(はきなれた屋外用と学校で使用の上履き)、帽子、かさ、衣類(学校で使用の運動着上下と下着。汗をかきますので T シャツ等多めをお願いします)、靴下(3足程度)、タオル(2~3枚)、バスタオル(1枚)、パジャマ、ハンカチ、ティッシュ、洗面入浴用具(洗面器、歯ブラシ、コップ、くし、石鹸、シャンプー)、箸、スプーン、湯のみ、筆記用具、学習用具、常備薬、など

【費用】

加入保険の種類により多少異なりますが、2泊3日で約6万円が見込まれます(内訳:入院費、食費、検査費、栄養指導、運動指導等)が、8月1日から福祉医療の改訂が有り、窓口負担は大幅に減る見込みです。

(医療入院ですので福祉医療の補助対象になり、申請していただければ数ヶ月後に返金されます。)

1日目と3日目の、親御さんの昼食(肥満治療を考えたお食事をご一緒に召し上がっていただきます)が1食 600円程度×2食と3日目のおやつ作り材料が一人 300円程度を、入院費用とは別に3日目に別途徴収させていただきます。

【申し込み方法】 参加申し込み票(切りとり線より下)にご記入の上、下記の宛先へ郵送して下さい。

〒399-8701 松本市村井町南2丁目20番30号
独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター
小児科 倉田研児 宛て

【申し込み締め切り】

7月12日(木曜日) 必着 (ぎりぎりの場合は電話で一報いただければお受けします)

参加を取り消される場合は、7月17日(火曜日)までに小児科倉田に電話をお願いします。(0263-58-4567 代表)

充実したすくすく教室の参加をしていただくために、お子様は3日間通しての参加、またご家族の方には、第1日目と第3日目の参加(ご両親でも、お1人でも結構です)をお願いします。3日間ご両親と離れ、病院に入院して参加できるか、お子様とよくご相談をされてからの申し込みをお願いします。なお、多数の申し込みがあった場合には人数の調整をさせていただくため、参加していただけない場合もあります。(外来で個別対応させていただきます)

【参加の決定】

「参加していただける方」「参加していただけない方」ともに7月17日(火曜日)までにご連絡いたします。

「参加していただける方」には生活・食事の記録、現在までの身長体重の記録を記入していただくアンケートを同封させていただきますので、入院一週間前の7月24日(火曜日)までにご返送をお願いすることになります。

#ご不明な点につきましては下記までご連絡ください。

【問合せ先】 TEL 0263-58-4567(代表) 独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター
小児科医長 倉田 研児

----- きりとり -----

ふりがな
お名前 _____

ふりがな
保護者のお名前 _____

性別 (男・女) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

ご住所 〒 _____ 連絡可能な電話番号 _____ - _____

学校名 _____ 小学校(_____ 年生)、担当の先生 _____ 先生 学校電話番号 _____ - _____

*学校での生活・食事の様子を担当の先生に電話・Fax できかがう予定です。

情報収集の承諾をいただきたいので、どちらかに○をつけてください (承諾する 承諾しない)

最近の身長 _____ cm、体重 _____ kg (_____ 月 _____ 日の計測) 、(かかりつけの医師 _____ 先生)

参加につきまして特に注意すること(食事のアレルギー、常用薬等)があればお書きください

(情報が多い場合は、裏面か別紙にお書きください)