첨부 II
규정 757-6

당뇨병 치료 일지

학생_____학교/SACC_____학년/교사_____

학부모/보호자: 집 전화번호_____직장 전화번호_____휴대 전화번호#_____

훈련받은당뇨병 관계자:

서명/이니셜_____서명/이니셜_____서명/이니셜_____

날짜	시간	증후	혈당 (mg/dl)	케톤	탄수화물 (grams)	인슐린 용량 (종류 및 단위)	조치	학부모 연락 (예/아니오)	이니셜