

## 第 37 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～

### 【小児肥満症、小児メタボリック症候群とは】

肥満とは体内の脂肪組織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・偏食、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と呼びます。単に肥満ではなく病気(小児肥満症)としてとらえる必要があり、早期に診断・介入(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) 小児肥満症、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。

今年は 7 月 28 日(火)～7 月 30 日(木)の 2 泊 3 日の日程で入院(保険診療)という形で、今後の肥満治療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(7/28 火曜日)	2 日目(7/29 水曜日)	3 日目(7/30 木曜日)
6:30		起床	起床
6:45		<b>検査②</b>	散歩
8:00		朝食	朝食
8:30	入院受付	楽しく運動	楽しく運動
9:00	オリエンテーションと <b>検査①</b>	レクリエーション(体育館)	個別指導(医師・栄養士)
10:00	開会式	(体育館)	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	退院(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 15:00 まで、3 日目は 9:00 から保護者の方も参加していただきます。(宿泊はお子様のみ)

# 1 日目、3 日目はご家族の方も、運動のできる身支度をお願い致します。

(スケジュールの詳細が多少の変更する可能性があります。)

### 【必要物品】

後日、参加決定通知で詳細をお知らせしますが、記名をお願いいたします。

### 【費用】

加入保険の種類により多少異なりますが、2泊3日でおよそ 5500 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)

なお、ご家族のお食事が1人1食 750 円程度×2食(1日目と3日目の昼食)と3 日目のおやつ作り材料が一人 150 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

\*確保病床の関係で**男児4名、女児4名までの先着順**とさせていただきます。

【申し込み締め切り】

**7月7日(火曜日) 必着** (ぎりぎりの場合は電話で一報いただければ申し込み状況によりお受けします)

参加を取り消される場合は、7月14日(火)までに小児科**倉田**に電話連絡をお願いします。(0263-58-4567 代表)

「すくすく教室」参加を充実したもの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。まる2日間ご両親と離れ、ひとりで入院して参加できるかどうかを、お子様とよく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、人数調整のため、参加していただけない場合もあります。(その場合はご希望により外来で個別対応させていただきます)

【参加の決定について/お願い】

「参加していただける方」「参加していただけない方」とともに7月15日(水曜日)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ご案内に同封させていただきますので、入院一週間前の7月21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 でしょうか? 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 病院/医院 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、配慮が必要な事柄など)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)