令和　　年　　月　　日

 書式2-3

保護者様

　　　　年　　　　組

児童生徒名

　　　 　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　学校

学校長

尿検査（三次検診）について（お知らせ）

　先日、お子さまの尿検査（二次検尿）を行いましたところ、（　蛋白　・　潜血　）

が陽性になり、三次検診が必要になりました。つききましては、ご多忙とは存じますが、下記の要領により保護者同伴で受診されますようお願いいたします。

記

１　検査日　　　ご希望の医療機関（別紙）に、午前中に受けてください。

 受診に際して予約が必要であるかどうかは、直接医療機関にご確認ください。

２　費　用　　　保護者負担（ただし、医療助成等が利用できます。）

３　検査内容　　医師による問診、診察、血圧測定、尿検査、血液生化学的検査　等

４　持参するもの　　　※ 当日の早朝第一中間尿

※「保険証」、「特別医療費受給資格証」、「紹介状」、

「学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」（保護者記入欄あり）

　当日、お子さまが朝起きたらすぐに採尿（出始めと出終わりの尿はとらない）して、医療機関へお持ちください。また、医療機関でも、もう一度採尿していただきます。

　なお、今回の三次検診の対象となっても、必ずしも疾病異常があるとは限りませんので、念のため申し添えます。

　三次検診の結果は、後日学校を通じてご報告いたします。検査結果については、市・町教育委員会、鳥取県中部医師会学校検尿委員会に通知されることをご承知おきください。これは、児童生徒の診断・管理指導以外には使用いたしません。

**※月経と重なった場合は、約10日～2週間後に受診を延期することを推奨します。**

 書式2-4

**紹介状**

（三次検診用）

担当医　　様

　　　　下記の児童生徒は、本年度の学校検尿で、（　尿蛋白 ・ 尿潜血　）

が認められましたので、三次検診をお願い致します。

記

 １　学校名

 ２　氏　名

 ３　学　年　　　　　　　年　　　　　組

 令和　　　年　　　月　　　日

 鳥取県中部学校保健会 会長

（　公　印　省　略　）