令和　　年　　月　　日

書式3-3

保護者様

年　　　　組

児童生徒名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　学校

学校長

尿検査（四次精密）について（お知らせ）

　　先日、お子さまの三次検尿を行いましたところ、疾病異常が疑われましたので、更に詳しい検査（四次精密）が必要と判定しました。つきましては、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　　　鳥取県立厚生病院小児科に事前に予約を取り、午前中に受けてください。電話 0858-22-8181（代表）

※予約電話の時間帯：平日の14：30～16：30

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）、「母子手帳」

　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（三次検尿と同様）。

　また、検診当日、都合の悪い方は、鳥取県厚生病院小児科までご連絡ください。そこで、次の受診予定日をご相談ください。

　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。