書式5 -3

（尿糖精密用）

**紹介状**

担当医　　様

 下記の児童生徒は、本年度の学校検尿で尿糖が認められ

ましたので、精密検査をお願い致します。

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　）