**緊急受診用紙**

書式6 -2

氏名

学年　　　　　　　年　　　組

保護者様

学校検尿の結果、お子様の尿に高度の異常が認められました。緊急を要する病気の可能性がありますので、至急（できるだけ３日以内に）鳥取県立厚生病院を受診してください。受診後、下の受診証明書を医療機関に記入してもらい、学校に提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 尿蛋白 | 尿潜血 | 肉眼的血尿 |
| 月　　　日 |  |  | あり　・　なし |

令和　　　年　　　月　　 日

学校名

　　　　　　　　　　学校長　様

**受診証明書**

|  |
| --- |
| 診断名（暫定診断名）： |
| 管理区分： |
| 今後の方針：  １．放置してよい　　　２．要観察　　　３．要精査　　　４．要医療  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

令和　　　年　　　月　　　日

鳥取県立厚生病院　　小児科

担当医

令和　　年　　月　　日

書式6 -3

保護者様

年　　　　組

児童生徒名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　学校

学校長

鳥取県中部学校保健会 会長

（　公　印　省　略　）

尿検査（緊急受診）について（お知らせ）

　　先日、お子さまの尿検査（一次検尿 ・ 二次検尿）を行いましたところ、高度の尿異常を認めており、緊急を要する病気の可能性があります。

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至急（できるだけ３日以内に）鳥取県立厚生病院に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8：30～16：30

日程が決まりましたら、学校までご連絡ください。

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」、「緊急受診用紙」

「紹介状」、「受診票1（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して（出始めと出終わりの尿はとらない）、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。

　また、検診当日、都合が悪く受診できない場合は、鳥取県立厚生病院 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。