

学校検尿フォローアップシステム 第4版

鳥取県中部医師会
学校検尿委員会

＜令和8年 4月 改訂＞

■目次

P01 目 次

P02 学校検尿の流れ

P06 書式 1 児童・生徒の学校検尿について

P07 書式 2 三次検診（尿蛋白・尿潜血陽性者）について

P11 書式 3 四次精密（尿蛋白・尿潜血陽性者）

P15 書式 4 尿糖精密検査について

P17 書式 5 尿糖精密検査（保護者へ）

P20 書式 6 緊急受診（緊急受診システム）について

P25 書式 7 精密検査（尿蛋白・尿潜血及び尿糖同時陽性）について

P26 受診票 1 学校検尿 第三次検診（および緊急）受診票

P28 受診票 2 学校検尿 尿糖陽性者精密検査受診票

P30 報告書 1 第一次及び第二次学校検尿陽性者（第三次検診対象者）報告

P31 報告書 2 腎臓疾患尿検査成績判定（学校保健会へ）

P32 報告書 3 “ （学校へ）

P33 報告書 4 腎臓疾患尿検査（尿蛋白・尿潜血）第三次検診結果（保護者へ）

P34 報告書 5 学校検尿委員会結果報告（医療機関宛て）

P35 評価方法 暫定診断/学校生活管理指導表指導区分/運動強度の定義/指導区分の目安

P38 紹介基準 かかりつけ医での定期検査のしかた・小児腎臓病専門医への紹介

別紙 学校検尿三次検診協力医療機関一覧

別紙 学校検尿フロー図（小中学校用）

別紙 集計表 6-2 学校検尿 地区集計表

■改訂履歴

第1版 平成30年4月発行

第2版 令和02年4月改訂

第3版 令和05年5月改訂

第4版 令和08年4月改訂

学校検尿の流れ

鳥取県中部学校保健会（以降、学校保健会）は「書式 1 児童・生徒の学校検尿について」で各学校に検尿を開始するよう通知すると共に「書式 2-1 三次検診（尿蛋白・尿潜血陽性者）について」、「書式 4-1 児童生徒尿糖精密検査について」で検尿陽性者が次の検査へ進む為の通知を行う。また、緊急受診対象者がいた場合に備え、「書式 6-1 緊急受診（緊急受信システム）について」の通知を行う。

【第一次検尿】

学校は一次検尿を全員に実施する。

- ・検尿結果で陽性となった者は以下の手順で進めていく。

尿検査 陽性者の判断基準

➤ 尿蛋白・尿潜血陽性の場合

尿蛋白（+）以上、尿潜血（+）以上

→ 第二次検尿へ

（3 ページ及び資料 1）

➤ 尿糖陽性の場合

尿糖（±）以上

→ 尿糖精密検査へ

（4 ページ及び資料 2）

➤ 尿蛋白・尿潜血及び尿糖が同時陽性の場合

尿蛋白（+）以上、尿潜血（+）以上

→ 精密検査へ

且つ尿糖（±）以上

（4 ページ）

➤ 緊急受診の場合（以下のいずれかに該当する場合）

①蛋白尿（3+）以上

②肉眼的血尿

③蛋白尿（+以上）かつ尿潜血（3+）以上

緊急受診へ

（5 ページ及び資料 3、4）

尿蛋白・尿潜血：検尿の流れ

【第二次検尿】

一次検尿で陽性となった者は、二次検尿を行う。

但し、現在腎臓疾患の治療中及び定期的に観察中の者は、二次検尿以降は実施しない。

本年度の尿検査が陰性であっても、現在定期通院中の者があれば、「報告書 1」にて報告すること。

※二次検尿の結果、尿糖±以上の陽性となった場合は尿糖精密検査対象となる。

(以降、尿糖：検査の流れを参照)

【第三次検診】

1. 学校は、対象者（保護者）に、「書式 2-2 尿検査（三次検診）について（お知らせ）」、「書式 2-3 紹介状（三次検診用）」、「受診票 1 学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」、「学校検尿協力医療機関一覧」を通知して受診を促す。
2. 対象者は協力医療機関を受診する。
※医療機関で検査した結果、緊急受診の基準に該当した場合は【P6 緊急受診 ②】の手順へ移行する。
3. 協力医療機関は検査結果、暫定管理区分を「受診票 1」に記載し、保護者に返却する。
4. 学校は、保護者から受け取った「受診票 1」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会を介して学校保健会へと報告する。
5. 鳥取県中部医師会学校検尿委員会（以後、検尿委員会）は、「受診票 1」の結果に基づき、「診断」、「管理区分」を判定する。

※このときに四次精密検査と判定された場合は、次の手順より【第四次精密検査】へ移行する。

6. 検尿委員会は、「報告書 2、5」にて検診結果を学校保健会に報告する。その際、「受診票 1」「報告書 1」を一緒に返却し、学校保健会は「受診票 1」、「報告書 1」を保管する。
7. 学校保健会は、「報告書 3、4」を作成し、市・町教育委員会に報告する。
8. 市・町教育委員会は、「報告書 3、4」にて学校に報告する。
9. 学校は、「報告書 4」にて保護者に検尿委員会での判定結果を報告する。
10. 協力医療機関への報告については「報告書 5」を用いて学校保健会を介して判定結果を報告する。

【第四次精密検査】

1. 検尿委員会は、判定結果を「報告書 2、5」にて学校保健会に報告する。その際、「受診票 1」、「報告書 1」を一緒に返却する。
2. 学校保健会は、「書式 3-1」、「報告書 3、4」を作成し、「受診票 1（三次検診で検査結果を記入済の用紙）」とともに、市・町教育委員会に報告する。また、検尿委員会から返却された「報告書 1」を保管する。
3. 市・町教育委員会は、「書式 3-1」、「報告書 3、4」と「受診票 1」にて学校に報告する。
4. 学校は、「書式 3-2、3-3」、「報告書 4」、「受診票 1」にて対象者（保護者）に通知し受診を促す。
5. 対象者は鳥取県立厚生病院（以降、厚生病院）を受診する。
6. 厚生病院は診断結果を「受診票 1」の【四次精密検診時および緊急受診時記載欄】に記載して、保護者に返却する。
7. 学校は保護者から受け取った「受診票 1」を市・町教育委員会を介して学校保健会に報告し検尿委員会で情報共有する。
8. 検尿委員会は「受診票 1」を学校保健会に返却し、学校保健会は「受診票 1」を保管する。

尿糖：検査の流れ

【一次検尿】

一次検尿の結果、陽性となった者は、精密検査対象となる。

※既に主治医のもとでフォローされている場合でも、一次で尿糖陽性であった場合には「報告書 1」にて報告すること。

（二次検尿）

一次検尿で尿蛋白・尿潜血の陽性となり二次検尿対象となったが、二次で尿糖が陽性となった場合は尿糖精密検査対象となる。

※尿糖は一次・二次どちらかにおいて陽性であれば精密検査対象。

【尿糖精密検査】

1. 学校は、対象者（保護者）に「書式 5-1、5-2、5-3、受診票 2」を通知して受診を促す。
2. 対象者は厚生病院を受診する。
3. 厚生病院は、診断結果を「受診票 2 学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」に記載して、保護者に返却する。
4. 学校は、保護者から受け取った「受診票 2」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会を介して学校保健会へと報告する。
学校保健会は、「受診票 2」と「報告書 1」を情報共有のため検尿委員会へ報告する。
5. 検尿委員会は、検査結果を情報共有する。
6. 検尿委員会は、「受診票 2」と「報告書 1」を学校保健会へ返却する。
学校保健会は「受診票 2」と「報告書 1」を保管する。

尿蛋白・尿潜血及び尿糖同時陽性：検査の流れ

【一次検尿／二次検尿】

一次検尿もしくは二次検尿で尿蛋白・尿潜血及び尿糖の同時陽性となったものは、精密検査対象となる。

但し、現在治療中及び定期的に観察中の者は、本年度の尿検査が陰性であっても、「報告書 1」にて報告すること。

【精密検査】

1. 学校は、対象者（保護者）に「書式 3-2、5-1、5-2、7-1、受診票 1、2」を通知して受診を促す。
※「受診票 1」、「受診票 2」、「書式 7-1 紹介状」に保護者記入欄がある旨案内すること。
※定期観察中の項目は、引き続き通院中の医療機関の受診を継続する。但し、鳥取県立厚生病院が尿蛋白・尿潜血及び尿糖のいずれも同時に定期フォローを行うことを了承した場合はこの限りではない。
2. 対象者は厚生病院を受診する。
3. 厚生病院は、診断結果を「受診票 1 学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」の“四次精密検査及び緊急受診結果記載欄”と「受診票 2 学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」に記載して、保護者に返却する。
4. 学校は、保護者から受け取った「受診票 1、2」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会を介して学校保健会へと報告する。
学校保健会は、「受診票 1、2」と「報告書 1」を情報共有のため検尿委員会へ報告する。
5. 検尿委員会は、検査結果を情報共有する。
6. 検尿委員会は、「受診票 1、2」と「報告書 1」を学校保健会へ返却する。
学校保健会は「受診票 1、2」と「報告書 1」を保管する。

尿蛋白・尿潜血：緊急受診の流れ

【緊急受診 ① 一次・二次検尿で緊急受診の基準に該当した場合】（資料3 参照）

1. 学校は、対象者に「書式 6-2、6-3、6-4、受診票 1」を通知して受診を促す。
2. 対象者は厚生病院を受診する。
3. 厚生病院は、診断結果を「書式 6-2」「受診票 1」に記載して、保護者に返却する。
4. 学校は、保護者から受け取った「受診票 1」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会を介して学校保健会へと報告する。
5. 学校保健会は、「受診票 1」と「報告書 1」を情報共有のため検尿委員会へ報告する。
6. 検尿委員会は、検査結果を情報共有する。
7. 検尿委員会は、「受診票 1」と「報告書 1」を学校保健会へ返却する。学校保健会は「受診票 1」と「報告書 1」を保管する。

【緊急受診 ② 三次検診で緊急受診の基準に該当した場合】（資料4 参照）

1. 三次検診協力医療機関は、「紹介状（医院独自のもの）」を作成し、「受診票 1」を同封して保護者へ返却する。厚生病院に連絡して受診予約をとる。（三次検診協力医療機関、保護者のどちらが予約をとるかは、三次検診の場に委ねる。）
2. 対象者は厚生病院を受診する。
3. 厚生病院は、診断結果を「受診票 1」に記載して、保護者に返却する。
4. 保護者は「受診票 1」を学校へ提出する。
5. 学校は、保護者から受け取った「受診票 1」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会を介して学校保健会へと報告する。
6. 学校保健会は、「受診票 1」と「報告書 1」を情報共有のため検尿委員会へ報告する。
7. 検尿委員会は、検査結果を情報共有する。
8. 検尿委員会は、「受診票 1」と「報告書 1」を学校保健会へ返却する。
9. 学校保健会は「受診票 1」と「報告書 1」を保管する。

集計のながれ

1. 学校保健会は、一次検尿、二次検尿、三次検診、および四次精密検診それぞれの結果の集計作業「（集計表 6-2）学校検尿 地区集計表」を行う。
2. 集計がまとまり次第、「（集計表 6-2）学校検尿 地区集計表」データを検尿委員会へ送付する。
3. 検尿委員会は、学校保健会から送付された「（集計表 6-2）学校検尿 地区集計表」データを、要請があった時に鳥取県医師会検尿委員会へ送付する。

※集計を行う際の注意点（尿糖陽性者精密検査）

受診票 2 の診断名「③正常高値の空腹時血糖/HbA1c」「④糖尿病の疑い」「⑤境界型」は、新集計表の「耐糖能異常」にまとめる。

発 中 学 保 第 号
令和 年 月 日

各 小 中 学 校 長 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

令和 年度 児童・生徒の学校検尿について (通知)

鳥取県中部学校保健会では、学校検尿が有効に機能し子どもの健康を守るために鳥取県中部医師会学校検尿委員会と連携して尿糖・尿蛋白・尿潜血陽性者の経過観察（フォローアップ）体制を整えております。

学校検尿委員会を設置することにより、二次検尿後の三次検診受診を積極的に奨励し、三次検診（医療機関）のデータをもとにしたより綿密な経過観察（フォローアップ）体制となっております。

また、学校検尿委員会は暫定診断と管理指導区分の結果を教育委員会を通じて各学校長へ通知し、学校からさらに学校医・家庭へ判定結果を通知し、診断・管理指導など事後措置が円滑に行われます。何卒、趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

つきましては、対象者が医療機関受診後、報告書 1 「学校検尿陽性者精密検査対象者報告」を提出していただきますようお願いいたします。（未受診の児童生徒がいる場合には、名前をご記入ください。また、該当者がいない場合は、該当者なしのチェックボックスに「✓」の記載をして提出してください。）

担当 : 鳥取県中部学校保健会事務局
 (〇〇教育委員会 〇〇)
メール
TEL

発 中 学 保 第 号
令和 年 月 日

各 小 中 学 校 長 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

令和 年度 児童生徒三次検診（尿蛋白・尿潜血陽性者）について（通知）

このことについて、別表の医療機関にて検診が可能ですので、三次検診対象者が医療機関を受診するようご案内よろしくお願いします。

記

1 目 的

- (1) 尿蛋白・尿潜血陽性者の精密検査を行い治療等の方針を明らかにする。
- (2) 今後、経過観察の必要な者に対しては、一貫した指導を受けてもらう。
- (3) 治療の必要な者には、適切な医療機関に紹介してもらう。

2 検診実施日について

- (1) 学校は、保護者へ関係書類等一式（次頁参照）を配布する。
- (2) 検診は保護者同伴で受診するものとし、事前に保護者が受診日の予約を行う。
(予約の要否は「学校検尿協力医療機関一覧」参照)
※家庭の都合で受診日の変更を希望される場合は、保護者から医療機関に電話して日程調整をしてもらう。
- (3) 三次検診の受診が遅延している場合には、児童・保護者に対して受診を促す。

3 その他

- (1) 精密検査等に要する費用は、保護者負担とする。(医療助成制度等が利用できます。)

※次頁に続く

4 三次検診（尿蛋白・尿潜血陽性者）に関わる書類

本年度の二次検尿結果において、尿蛋白・尿潜血陽性者がありましたら、関係書類を保護者に送付してください。

但しすでに医療機関で尿異常または、糖尿病等でフォローされている者、あるいは医療機関への次回の受診予定が指導されている者は、二次検尿及び三次検診の対象としなくてもよい。なお、現在医療機関で経過観察中、治療中の者については本年度の尿検査が陰性であっても、「報告書 1」にて報告すること。

（1）保護者へ配布する関係書類等

①「書式 2-2 尿検査（三次検診）について（お知らせ）」

②「書式 2-3 紹介状（三次検診用）」

③「受診票 1 学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」

（両面印刷で使用してください）

必要事項を記入の上、保護者へ渡す。

予め保護者記入欄へ記入し、医療機関の受付へ提出するよう案内する。

④早朝尿を採るための 10ml 容器を 2 つ

⑤学校検尿協力医療機関一覧

（2）鳥取県中部学校保健会へ三次検診対象者の報告

対象者が医療機関受診後、保護者から受け取った「受診票 1」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会 を介して鳥取県中部学校保健会へと報告する。

5 三次検診結果について

（1）鳥取県中部医師会学校検尿委員会は、「受診票 1 学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」の結果に基づき、「暫定診断」「管理区分」を判定する。

（2）鳥取県中部医師会学校検尿委員会は、「報告書 2、5」にて判定結果を鳥取県中部学校保健会に報告する。

（3）鳥取県中部学校保健会は、「報告書 3、4」を作成し市・町教育委員会に報告する。

（4）市・町教育委員会は、「報告書 3、4」にて学校に報告する。

（5）学校は、「報告書 4」にて保護者に三次検診の結果を報告する。

（6）指定医療機関への報告については、「報告書 5」を用いて、鳥取県中部学校保健会を介して判定結果を報告する。

令和 年 月 日

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）

本年度の学校検尿で、お子さまの尿検査（一次検尿及び二次検尿）を行いましたところ、（尿蛋白・尿潜血）が陽性になり、三次検診が必要になりました。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 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、学校検尿協力医療機関一覧をご確認ください。
- 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 ち 物 当日の早朝第一中間尿（※1）、保険証（資格確認書）or マイナ保険証、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）

（※1）早朝の第一中間尿：当日、お子さまが朝起きてすぐの尿（出始めと出終わりの尿はとらない）。なお、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。

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。鳥取県中部医師会学校検尿委員会での判定結果は、後日学校を通じてご報告いたします。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。

受診日当日、都合が悪くなった方は予約している医療機関に連絡し、新たな受診日をご相談ください。（受診予約が必要な医療機関を受診される方のみ）

※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。

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 ）
に異常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 ）

発 中 学 保 第 号
令和 年 月 日

各 小 中 学 校 長 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

令和 年度 児童生徒 四次精密検査（尿蛋白・尿潜血陽性者）について（通知）

このことについて、鳥取県立厚生病院にて、四次精密検査を実施しますので、対象者が医療機関を受診するようご案内よろしくお願いします。

記

1 目 的

- （１）尿蛋白・尿潜血陽性者の精密検査を行い治療等の方針を明らかにする。
- （２）今後、経過観察の必要な者に対しては、一貫した指導を受けてもらう。
- （３）治療の必要な者には、適切な医療機関に紹介してもらう。

2 検診実施日について

- （１）学校は、保護者へ関係書類等一式（次頁参照）を配布する。
- （２）検診は保護者同伴で受診するものとし、事前に保護者が受診日の予約を行う。
※家庭の都合で受診日の変更を希望される場合は、保護者から鳥取県立厚生病院に電話して日程調整をしてもらう。

3 その他

- （１）精密検査等に要する費用は、保護者負担とする。（医療助成制度等が利用できます。）

※次頁に続く

4 四次精密検査（尿蛋白・尿潜血陽性者）に関わる書類

本年度の三次検診結果に基づき、鳥取県中部医師会学校検尿委員会より四次精密検査が必要と判定された対象者につきまして、関係書類を保護者に送付してください。

（1） 保護者へ配布する関係書類等

- ①「報告書 4 腎臓疾患（尿蛋白・尿潜血）第三次検診の結果について」
- ②「書式 3-2 尿検査（四次精密検査）について（お知らせ）」
- ③「書式 3-3 紹介状（四次精密用）」

必要事項を記入の上、保護者へ渡す。

- ④「受診票 1 学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」

※三次検診で検査結果を記入済の用紙を返却します。

- ⑤早朝尿を採るための 10ml 容器を 2 つ

（2） 鳥取県中部学校保健会へ四次精密検査の報告

対象者が鳥取県立厚生病院を受診後、保護者から受け取った「受診票 1」を、市・町教育委員会を介して鳥取県中部学校保健会へと報告する。

5 四次精密検査結果について

- （1）鳥取県中部学校保健会は、「受診票 1」と「報告書 1」を鳥取県中部医師会学校検尿委員会へ情報共有する。
- （2）鳥取県中部医師会学校検尿委員会は、「受診票 1」を鳥取県中部学校保健会に返却する。
- （3）鳥取県中部学校保健会は、「受診票 1」を保管する。

書式 3-2

令和 年 月 日

保 護 者 様
年 組

児童生徒名 _____ 様

_____ 学校

学校長 _____

尿検査（四次精密検査）について（お知らせ）

先日、お子さまの三次検診の結果を基に鳥取県中部医師会学校検尿委員会で判定を行いましたところ、更に詳しい検査が必要と判断しました。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 ち 物 当日の早朝第一中間尿（※1）、保険証（資格確認書）or マイナ保険証、
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、母子手帳

（※1）早朝の第一中間尿：当日、お子さまが朝起きてすぐの尿（出始めと出終わりの尿はとらない）。なお、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）。

受診日当日、都合が悪くなった方は、鳥取県厚生病院小児科に連絡し、新たな受診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。

※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。

具体的な日程調整につきましては、予約の連絡の際にご相談ください。

紹 介 状 (四次精密用)

鳥取県立厚生病院 担当医 様

下記の児童生徒は、三次検診で、疾病異常が疑われましたので、
四次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)

発 中 学 保 第 号
令和 年 月 日

各 小 中 学 校 長 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

令和 年度 児童生徒尿糖精密検査について（通知）

このことについて、尿糖陽性者は、鳥取県立厚生病院にて、精密検査を実施しますので、対象者が医療機関を受診するようご案内よろしく申し上げます。

記

1 目 的

- (1) 尿糖陽性者の精密検査を行い治療等の方針を明らかにする。
- (2) 今後、経過観察の必要な者に対しては、一貫した指導を受けてもらう。
- (3) 治療の必要な者には、適切な医療機関に紹介してもらう。

2 検査実施日

- (1) 学校は、保護者へ関係書類等一式（次頁参照）を配布する。
- (2) 検診は保護者同伴で受診するものとし、事前に保護者が受診日の予約を行う。
※家庭の都合で受診日の変更を希望される場合は、保護者から鳥取県立厚生病院に電話して日程調整をしてもらう。

3 その他

- (1) 精密検査等に要する費用は、保護者負担とする。（医療費助成制度等が利用できません。）
- (2) 検査を受けるまでに、糖尿病の症状(口渇、急に水をよく飲む、尿量が多い、よく食べるのにどんどんやせる等々)のある者は、直ちに受診されるよう保護者に進言する。

※次頁に続く

4 尿糖精密検査に関わる書類

本年度の検査結果において尿糖陽性者がありましたら、関係書類を保護者に送付してください。

(1) 保護者へ配布する関係書類

- ①「書式 5-1 尿糖精密検査について（お知らせ）」
- ②「書式 5-2 尿糖精密検査の受診を急ぐ場合」
- ③「書式 5-3 紹介状（尿糖精密用）」
- ④「受診票 2 学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」

必要事項を記入の上、保護者へ渡す。

予め保護者記入欄へ記入し、医療機関の受付へ提出するよう案内する。

- ⑤早朝尿を採るための 10ml 容器を 2 つ

(2) 鳥取県中部学校保健会へ精密検査対象者の報告

対象者が鳥取県立厚生病院を受診後、保護者から受け取った「受診票 2」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会を介して鳥取県中部学校保健会へと報告する。
なお、現在医療機関にて経過観察中、治療中の者については、本年度の尿検査が陰性であっても、「報告書 1」にて報告すること。

5 精密検査結果について

- (1) 鳥取県中部学校保健会は、「受診票 2」と「報告書 1」を情報共有のため鳥取県中部医師会学校検尿委員会へ報告する。

令和 年 月 日

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)

尿糖精密検査について（お知らせ）

本年度の学校検尿で、あなたのお子さんは、尿糖が陽性であり、精密検査が必要となりました。精密検査を受けて、今後の方針を指導してもらうようお知らせします。

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鳥取県立厚生病院を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、医療助成制度等が利用できます。）
- 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 ち 物 当日の早朝第一中間尿（※1）、保険証（資格確認書）or マイナ保険証、
特別医療費受給資格証、紹介状、母子手帳
受診票 2 学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票（保護者記入欄あり）

（※1）早朝第一中間尿：当日、お子さまが朝起きてすぐの尿（出始めと出終わりの尿はとらない）。なお、医療機関でも、もう一度採尿していただきます。

5 受診に際しての注意事項

- ・検査前日の夕食は普通に食べてよいですが、21時以降は、検査を受けるまで、何も食べないようにしてください。ただし、水を少量なら飲まれてもよいです。
- ・家庭の都合で受診日の変更を希望される場合は、鳥取県立厚生病院小児科に電話して日程調整の相談をして下さい。
- ・検査結果については、鳥取県中部学校保健会、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。

令和 年 月 日

保 護 者 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

尿糖精密検査の受診を急ぐ場合について

本年度の学校検尿で、あなたのお子さんは、尿糖が陽性でした。

尿から糖が出る疾病の代表は糖尿病ですが、尿から糖が出たからといって、必ずしも糖尿病であるというわけでもありません。鳥取県立厚生病院で精密検査を受けて、今後の方針を指導してもらうようお願い致します。

なお、次の症状は、糖尿病でも見られます。心当たりがありましたら、早めに受診してください。

- のどが非常に乾き、やたらと水分を飲むようになった。
- 水を飲む量が、普通の子どもよりも明らかに多い。
- 尿の量が多くなった。
- 急におねしょをしだした。
- 急にやせてきて、体重が減ってきた。
- 上記に加えて、体が非常にだるい。

上記の症状がない場合は、検査日まで食事など日常生活は、これまでどおりで構いません。

紹 介 状 (尿糖精密用)

担 当 医 様

下記の児童生徒は、本年度の学校検尿で尿糖に異常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)

発 中 学 保 第 号
令和 年 月 日

各 小 中 学 校 長 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

緊急受診（緊急受診システム）について

学校検尿は、慢性腎炎をみだし、運動の可否など学校での管理についての区分決定する事を主目的としています。

通常の検尿異常の対応では、二次検尿で異常の際に、三次検診を保護者に案内し、医療機関受診までに数週間から1、2か月を要する事があり、受診とそのタイミングは保護者に委ねられているのが現状です。

高度の尿蛋白・尿潜血を呈する疾患としては、腎炎やネフローゼ症候群などが想定され、腎機能障害が早く進行する場合や、早期に治療を要する状態である場合があります。

この緊急受診システムは、一次・二次検尿で高度の尿異常を呈している際には、集団検診での判定を待つ時間のロスをなくし、早急に保護者に通達、医療機関で速やかに早期診断・治療を受け、重症化を防ぐことを目的とします。

記

学校検尿（一次・二次検尿）の結果、①～③の基準のいずれかが判明した時点で検査実施機関から各学校に直接通知がありますので、通知がありましたら早急に対処ください。

- | |
|-------------------|
| ① 尿蛋白単独で3+以上 |
| ② 肉眼的血尿 |
| ③ 尿蛋白+以上かつ尿潜血3+以上 |

1. 検診実施日について

- (1) 学校は、保護者へ関係書類等一式（次頁参照）を配布する。
- (2) 学校は、至急各家庭に連絡をとり、すみやかに鳥取県立厚生病院を受診するよう勧める。

※ 月経と受診が重なった際は鳥取県立厚生病院に受診のタイミングの判断を仰ぐよう保護者に伝える。

※すでに医療機関で尿蛋白・尿潜血の尿異常としてフォローされている者、あるいは医療機関で次の受診予定が指導されている者は、緊急受診の対象としなくてもよいですが、保護者へ学校検尿の結果をお知らせください。

(3) 対象者は、学校から連絡を受けてからなるべく早く（3 日以内）、鳥取県立厚生病院を受診し、精密検査を受け、必要な場合には治療に入る。

(4) 受診後、学校は緊急受診用紙の返送により、保護者から緊急受診が済んだことと、検査結果を確認し、検尿システムに沿った学校での健康管理に反映させる。

※学校から再三受診勧告を行っても 1 ヶ月以内に受診が見られない等、やむを得ない事情がある場合は、三次検診協力医療機関でも良いので受診するよう保護者へ伝える。

なお、三次検診協力医療機関への案内を行った場合は「報告書 1」の備考欄に“三次検診協力医療機関へ受診勧告”と記載すること。

2. その他

(1) 精密検査等に要する費用は、保護者負担とする。(医療助成制度等が利用できません。)

3. 緊急受診に関わる書類

(1) 保護者へ配布する関係書類等

- ①「書式 6-2 緊急受診用紙」
- ②「書式 6-3 尿検査（緊急受診）について（お知らせ）」
- ③「書式 6-4 紹介状（緊急受診用）」
- ④「受診票 1 学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」

(両面印刷で使用してください)

必要事項を記入の上、保護者へ渡す。

予め、保護者記入欄へ記入し、鳥取県立厚生病院の受付へ提出するよう知らせる。

- ⑤早朝尿を採るための 10ml 容器を 2 つ

(2) 鳥取県中部学校保健会へ対象者の報告

対象者が医療機関受診後、保護者から受け取った「受診票 1」に「報告書 1」を添えて、市・町教育委員会 を介して鳥取県中部学校保健会へと報告する。

4. 緊急受診結果について

(1) 鳥取県中部学校保健会は、「受診票 1」と「報告書 1」を情報共有のため鳥取県中部医師会学校検尿委員会へ報告する。

緊急受診用紙

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、下の受診証明書を鳥取県立厚生病院に記入してもらい、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．異常なし ２．要観察 ３．要精査 ４．要医療 ５．その他（

令和 年 月 日

医療機関名・担当医

令和 年 月 日

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 ち 物 当日の早朝第一中間尿（※1）、保険証（資格確認書）or マイナ保険証、
特別医療費受給資格証、緊急受診用紙、紹介状、母子手帳
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）

（※1）早朝の第一中間尿：当日、お子さまが朝起きてすぐの尿（出始めと出終わりの尿はとらない）。なお、鳥取県立厚生病院でも、もう一度採尿していただきます。

また、受診日に、都合が悪くなり受診できない場合は、鳥取県立厚生病院 小児科まで連絡し、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。

※受診日と月経が重なる場合はその旨鳥取県立厚生病院にお伝えください。

その上で受診日が調整されます。

※受診されましたら、医療機関に記載いただいた「書式 6-2 緊急受診用紙（受診証明書）」を受診票と併せて学校へご提出ください。

紹 介 状 (緊急受診用)

担 当 医 様

下記の児童生徒は、本年度の学校検尿で、高度の尿異常が認められましたので、緊急受診として精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)

令和 年 月 日

担 当 医 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

紹 介 状 (同時陽性用)

下記の児童生徒は、本年度の学校検尿で同時陽性（蛋白尿・尿潜血陽性
かつ尿糖陽性）が認められましたので、精密検査をお願いします。

記

<学校記入欄>

- 1 学校名 _____
- 2 氏 名 _____
- 3 学 年 _____ 年 組 _____

<保護者記入欄>（該当項目に☑と、通院中であれば医療機関名を記入）

- ☐ 学校検尿で新規に同時陽性 （現在、尿異常等で通院していない）
- ☐ 蛋白尿・血尿で定期通院中に、今年度の学校検尿で尿糖も陽性

医療機関 _____

いつから _____

診断名 _____

- ☐ 尿糖で定期通院中に、今年度の学校検尿で蛋白尿・尿潜血も陽性

<厚生病院以外に通院中の場合は記入>

医療機関 _____

いつから _____

診断名 _____

学校検尿 第三次検診（および緊急）受診票

<学校記載欄>

学校名 _____ 年 _____ 組

ふりがな 氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 生年月日（平成 ・ 令和） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（現在） 検診月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重 _____ kg 身長 _____ cm

（1 年前） 検診月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重 _____ kg 身長 _____ cm

【学校検尿の成績】

一次 検尿	蛋白	糖	潜血	二次 検尿	蛋白	潜血	ズルフォサリチル酸法	尿沈渣

☐ 緊急受診の基準に該当する時には☒する。

<保護者記載欄>

・今までに学校検尿で精密検査を受けたことがありますか（該当のものに○）

いいえ はい （ _____ 歳又は _____ 年生のとき）

・既往症（今までかかったことがあるものに○）

かぜをひきやすい 扁桃炎 扁桃肥大 心臓疾患 腎疾患 糖尿病 アトピー性皮膚炎
 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 蕁麻疹 肝炎 皮膚疾患
 溶連菌感染症 猩紅熱 慢性副鼻腔炎（蓄膿症） 熱性発疹疾患
 その他（ _____ ）

・腎臓病、検尿異常の家族歴 （ なし ・ あり ）

ありの場合、差し支えなければ、具体的にご記載ください

[_____]

※記載しない場合も、腎臓に関連した家族歴がある場合は、必ず医療機関でご説明ください。

・医療機関に伝えたいこと

[_____]

医療機関で次の項目等の検査を全て実施した後、本用紙は必ず学校へ提出して下さい。

<以下は、医療機関が記入>

第三次検診医療機関 担当医 様

第三次検診の結果をもとに「医師会検尿委員会」で判定しますので、下記のすべての項目を検査し、【第三次検診時記載欄】に記載をお願いします。

***検尿一般検査は、早朝尿・随時尿（外来尿）を1週間隔で、必ず2回行ってください。**

(1回目) 令和 年 月 日

	蛋白尿	糖	潜血	赤血球	白血球	上皮細胞	円柱	その他
早朝尿				／ 視野	／ 視野	扁平 ／視野 小円形 ／視野	硝子 ／視野 顆粒 ／視野	粘液糸 結晶 細菌
随時尿				尿検査は外注でもかまいません				

(2回目) 令和 年 月 日

	蛋白尿	糖	潜血	赤血球	白血球	上皮細胞	円柱	その他
早朝尿				／ 視野	／ 視野	扁平 ／視野 小円形 ／視野	硝子 ／視野 顆粒 ／視野	粘液糸 結晶 細菌
随時尿				尿検査は外注でもかまいません				

血圧 _____ / _____ mmHg

血液検査 WBC _____ / μ l RBC _____ $\times 10^4$ / μ l Hb _____ g/dl Ht _____ %
ASO _____ 単位 CRP _____ mg/dl TP _____ g/dl Alb _____ g/dl 補体価 (C3) _____ mg/dL
T-Chol _____ mg/dl BUN _____ mg/dl Cr _____ mg/dl

(可能であれば随時尿で提出) 尿中 β_2 ミクログロブリン _____ μ g/L (任意検査) 腎エコー所見: _____

【第三次検診時記載欄】

暫定診断 (1～7)、暫定管理区分 (A～E、管理不要) (○をつけてください。※学校検尿委員会の判定が出るまでの対応)

1. 異常なし
2. 無症候性蛋白尿
3. 体位性蛋白尿の疑い
4. 無症候性血尿
5. 無症候性血尿・蛋白尿、腎炎の疑い
6. 白血球尿、尿路感染症の疑い
7. その他: _____
- A. 在宅医療・入院が必要
B. 登校登園はできるが運動は不可
C. 軽い運動のみ
D. 中等度の運動まで可
E. 強い運動まで可
管理不要
- 令和 年 月 日
第三次検診医療機関名および医師名
印

【医師会検尿委員会判定記載欄】

- 1) 放置、異常なし
2) 要経過観察 (かかりつけ医で)
3) 要第四次精密検査
4) 要治療
- 令和 年 月 日

中部医師会学校検尿委員会

【第四次精密検診時及び緊急受診時記載欄】

(暫定) 診断名 _____

(管 理 区 分) A, B, C, D, E,

(今後の方針) 1) 異常なし (放置してよい)

2) 要経過観察 3) 要治療

令和 年 月 日

第四次精密検診医療機関名および医師名

印

<学校が記載する>

学校名 _____ 年 _____ 組
 氏 名 _____ 男・女 生年月日 (平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日
 今回の学校検尿結果 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 尿糖 (±) (+) (++) (+++) (++++)

<保護者が記載する>

過去の糖尿病精密検査受検歴

☐ なし ☐ あり (_____ 歳または _____ 年生) 正常・腎性糖尿・糖尿病疑い・糖尿病

【医療機関および医師名】

出生歴 在胎 () 週 () 日生まれ、体重 () g、身長 () cm

既往歴 尿糖陽性 (なし・あり) (_____ 歳または _____ 年生)

その他 ()

糖尿病家族歴 (なし・あり) 母の妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠の診断歴 (なし・あり)

(あり) の場合、どなたが? ()

治療法は? (☐ 食事療法のみ ☐ 内服薬 ☐ インスリン療法)

現症 ・のどがよく渇きますか (いいえ・はい) ・急にやせてきましたか (いいえ・はい)

・尿の回数が増えましたか (いいえ・はい) ・夜中にトイレ(尿)にいきますか (いいえ・はい)

・その他 ()

<以下は、医療機関が記入>

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

現 症 身長 _____ cm 体重 _____ kg 腹囲 _____ cm 血圧 _____ / _____ mmHg

1. 検査結果 空腹時 or 随時 (いずれか○)

血糖 _____ mg/dL、HbA1c _____ %、尿糖 (-, ±, +, 2+, 3+, 4+)、尿ケトン (-, ±, +)

※総 Chol _____ mg/dL、HDL-Chol _____ mg/dL、AST _____ IU/L、ALT _____ IU/L

膵島関連自己抗体 ()

2. 経口ブドウ糖負荷試験(OGTT) 実施時 (1.75 g/kg, 最大 75 g)

前 30 分 60 分 120 分

血 糖 (mg/dL)

尿 糖 (定性)

インスリン(μU/mL)

<OGTT 判定>

1 正常型

2 境界型

3 糖尿病型

3. <診断名>

4. <今後の方針>

① 正常

② 腎性糖尿

③ 正常高値の空腹時血糖/HbA1c

④ 糖尿病の疑い

⑤ 境界型

⑥ 糖尿病 1 型・2 型

その他 ()

1) 定期的な受診は不要ですが、食事・運動習慣に配慮した生活をしてください。

2) 進学、就職等の節目に、かかりつけ医で血糖値、HbA1c、尿糖を確認してください。

3) _____ ヶ月に 1 回程度、かかりつけ医で診察・検査等を受けてください。

4) _____ を受診して、治療・検査等を行ってください。

医療機関 及び 医師名

印

受診票 2

結果記入についての参考資料

1. 検査結果

※については、必要に応じて実施してください。

2. OGTT は下記条件に合致する場合に実施してください。

(1) 強く推奨される場合

- 空腹時血糖値が 110～125mg/dL のもの
- 随時血糖値が 140～199mg/dL のもの
- HbA1c が 6.0～6.4% のもの（明らかな糖尿病の症状が存在するものを除く）

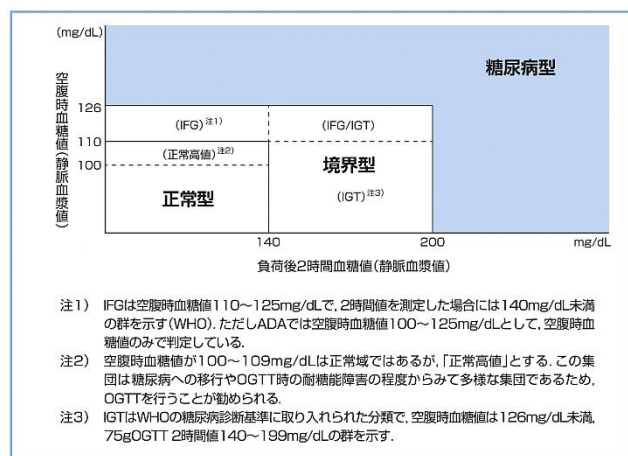
(2) 行うことが望ましい場合

- 空腹時血糖値が 100～109mg/dL のもの
- HbA1c が 5.6～5.9% のもの
- 上記を満たさなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

また、空腹時血糖値が 126 mg/dL 以上 または 随時血糖値が 200 mg/dL 以上で、①HbA1c 6.5%以上、②糖尿病の典型的症状（口渇、多飲、多尿、体重減少）、③確実な糖尿病網膜症のいずれかを認める時、OGTT は不要です。

3. 診断名について

下記を参照して、該当する診断名に丸を記入してください。



空腹時血糖値^{※1}および75gOGTTによる判定区分と判定基準

血糖値 (静脈血漿値)	血糖測定時間		判定区分
	空腹時	負荷後2時間	
	126mg/dL以上	または 200mg/dL以上	糖尿病型
	糖尿病型にも正常型にも属さないもの		境界型
	110mg/dL未満	および 140mg/dL未満	正常型 ^{※2}

注1) 血糖値は、とくに記載のない場合には静脈血漿値を示す。

注2) 正常型であっても1時間値が180 mg/dL以上の場合は180 mg/dL未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱い（経過観察など）が必要である。また、空腹時血糖値が100～109 mg/dLは正常域ではあるが、「正常高値」とする。この集団は糖尿病への移行やOGTT時の耐糖能障害の程度からみて多様な集団であるため、OGTTを行うことが勧められる。

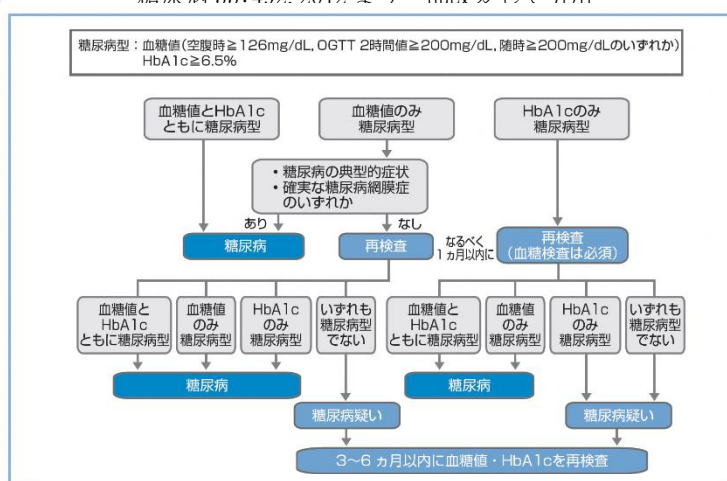
糖尿病学会「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」：
糖尿病 55:492, 2012 より一部改変して引用

清野裕ほか：糖尿病 55:485-504, 2012 より引用

4. 今後の方針について

該当する方針に丸を記入してください。

3)については1, 3, 6, 12ヶ月を目安にご検討ください。



糖尿病学会「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」：
糖尿病 55:492, 2012 より引用

〇〇〇〇教育委員会 様

学校名

学校長名

第一次及び第二次学校検尿陽性者（第三次検診対象者）報告

学年	在籍者数	受検者数	未受検者数	未受検（％）	備考
1年生					
2年生					
3年生					
4年生					
5年生					
6年生					
合計					

☐ 今回該当者なし ☐ 該当者あり ※ 以下、欄が少ない時や多い時は、欄を増減してお使い下さい。

1 蛋白・潜血陽性者

	学年/ 組	氏 名	一次検診			二次検診			緊急受診、経過観察中・ 治療中等、その他現在の 状況を記載
			蛋白	潜血	蛋白 潜血	蛋白	潜血	蛋白 潜血	
1									
2									
3									
4									
5									

蛋白及び潜血共に陽性者

2 尿糖陽性者

	学年/組	氏 名	尿糖	経過観察中・治療中等、現在の 状況、その他
			一次（二次）検尿結果	
1				
2				
3				

令和 年度 腎 臓 疾 患 尿 検 査 成 績 判 定

判定記入年月日 令和 年 月 日

鳥取県中部学校保健会 会長 様

鳥取県中部医師会学校検尿委員会

学校名	学 年	氏 名	暫定 管理 区分	学校検尿委員会判定結果		今 後 の 取 り 扱 い に つ い て			
				診断名	管理 区分	異常なし	要観察	要精密 検査	備考

令和 年度 腎 臓 疾 患 尿 検 査 成 績 判 定

令和 年 月 日

_____教育委員会 教育長 様
_____学校 学校長 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

学校名	学 年	氏 名	暫定 管理 区分	学校検尿委員会判定結果		今 後 の 取 り 扱 い に つ い て			
				診断名	管理 区分	異常なし	要観察	要精密 検査	備考

令和 年 月 日

保 護 者 様

鳥取県中部学校保健会 会長
(公 印 省 略)

腎臓疾患（尿蛋白・尿潜血）第三次検診の結果について

先般、別紙医療機関で受けられた尿検査の結果は、下記のとおり判定しましたので、お知らせいたします。○印の欄が該当の判定結果です。

学 校 名			
学 年 ・ 組 ・ 氏 名	年 組	氏 名	
診 断 名			
	異 常 な し	今回の検診の結果は、問題ありません。	
	要 観 察	引き続き、主治医のもとで経過観察を受けてください。 ※備考[]	
	要 精 密 検 査	今回の検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。 鳥取県立厚生病院小児科で精密検査を受けられますようおすすめします。	

学校検尿委員会結果報告

医療機関 _____

_____先生

鳥取県中部医師会学校検尿委員会

学校検尿フォローアップ体制につきまして、日ごろよりご協力ありがとうございます。
先日学校検尿三次検診で貴院を受診されました _____様 _____歳につきまして、鳥取県中部医師会学校検尿委員会の結果をご報告いたします。

診断名 _____

管理区分 A B C D E 管理不要 (学校生活管理指導表、腎臓病用)

1. フォローの必要はありません
2. 「学校検尿フォローアップシステムマニュアル」の「定期検査のしかた」
(参考5)を参考に、フォローしてください

※貴院における三次検診で以下の検査が行われていない場合は、フォロー中に検査して
ご確認お願いいたします。

該当する不足の検査 無・有 ()

※再検査後、検査結果をご記入頂き「中部医師会事務局」へご返送をお願いいたします。

3. 四次精密検査になりました

以上です。フォロー中、尿所見の悪化、腎炎を疑う所見が見られるなどの場合は、小児腎臓病専門医等をご紹介ください。

ご不明な点、ご質問等は鳥取県中部医師会学校検尿委員会までお尋ねください。

(連絡先：電話： 0858-23-1321 (代) e-mail cishikai@ncn-k.net)

なお、医療機関でフォローされている児童生徒につきましては、来年以降学校検尿で陽性となりましても、学校検尿システムにおいては三次検査の対象から除外されますので、上記の「2」の場合には、引き続き各医療機関でのフォローを続けてください。

(参考1)

暫定診断基準 (学校検尿のすべて 令和2年度改訂版 表1-4より一部改変)

暫定診断名	尿蛋白/Cr 比 (g / g Cr)	蛋白定性 ¹⁾	蛋白定量	尿潜血	沈渣鏡検
異常なし	<0.15	(-) ~ (±)		(-) ~ (±)	赤血球<4 個/HPF
無症候性蛋白尿	≥ 0.15	(+)以上	30mg/dℓ以上	(-) ~ (±)	赤血球<4 個/HPF
体位性(起立性) 蛋白尿	早朝尿<0.15	早朝尿 (-) ~ (±)	30mg/dℓ未満	(-) ~ (±)	赤血球<4 個/HPF ²⁾
	随時尿≥0.15	随時尿 (+)以上	30mg/dℓ以上	(-) ~ (±)	
無症候性血尿	<0.15	(-) ~ (±)	30mg/dℓ未満	(+)以上	赤血球≥5 個/HPF
無症候性血尿・蛋白尿、腎炎の疑い	≥ 0.15	(+)以上	30mg/dℓ以上	(+)以上	赤血球≥5 個/HPF
白血球尿、尿路感染症の疑い	<0.15	(-) ~ (+)		(-) ~ (±)	白血球≥50 個/HPF
その他	高血圧等状態や確定診断が付いている場合は、その旨記入する				

1) 尿蛋白は定性よりも、尿蛋白/Cr 比の値を優先する。

尿蛋白(+)以上は、尿蛋白/Cr 比 0.15 g / g Cr 以上として判定してもよい。

2) 体位性蛋白尿の随時尿には、潜血や赤血球がみられることがある。

(参考 2)

学校生活管理指導表の指導区分

- | |
|--------------------------|
| A：疾患が活動性で自宅または入院治療が必要なもの |
| B：教室内の活動が可能なもの |
| C：学習と軽い運動に参加できるもの |
| D：過激な運動だけを制限する必要があるもの |
| E：普通の生活が可能なもの |

(学校検尿のすべて 令和 2 年度改訂版 表 4-1 より一部改変)

(参考 3)

運動強度の定義

- | | |
|-----------|---------------------------------------|
| 1. 軽い運動 | 「同年齢の平均的児童生徒にとって」ほとんど息がはずまない程度の運動 |
| 2. 中等度の運動 | 「同年齢の平均的児童生徒にとって」少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動 |
| 3. 強い運動 | 「同年齢の平均的児童生徒にとって」息がはずみ、息苦しさを感ずるほどの運動 |

(学校検尿のすべて 令和 2 年度改訂版 表 4-2 より)

(参考 4)

指導区分の目安 (学校検尿のすべて 令和2年度改訂版 表4-5 より一部改変)

指導区分	慢性腎炎症候群	無症候性血尿 または蛋白尿	急性腎炎症候群	ネフローゼ 症 候 群	慢性腎臓病（腎 機能が低下し ている、あるい は透析中）
A.在宅	在宅医療または 入院治療が必要 なもの		在宅医療または 入院治療が必要 なもの	在宅医療または 入院治療が必要 なもの	在宅医療または 入院治療が必要 なもの
B.教室内 学習のみ	症状が安定して いないもの ¹⁾	症 状 が 安 定 して いない もの	症状が安定して いないもの	症状が安定して いないもの	症状が安定して いないもの
C.軽い運動のみ			発症後3カ月以 内で蛋白尿(++) 程度のもの		
D.軽い運動およ び中程度の運 動のみ(激しい 運動は見学)	蛋白尿が(++) 以上 ³⁾ のもの	蛋白尿が(++) 以上のもの ⁴⁾	発症後3カ月以 上で蛋白尿(++) 以上のもの ⁵⁾	蛋白尿が(++) 以上のもの	症状が安定して いて、腎機能が 2分の1以下 ⁶⁾ か透析中のもの
E.普通生活	蛋白尿(+)程度 以下 ⁷⁾ あるい は血尿のみの もの	蛋白尿(+)程 度以下ある いは血尿の みのもの	蛋白尿(+)程度 以下あるい は血尿がのこ るもの、また は尿所見が消 失したもの	ステロイドの 投与による骨 折などの心配 のないもの ⁸⁾ 。症状がない もの	症状が安定して いて、腎機能が 2分の1以上の もの

上記はあくまで目安であり、患児、家族の意向を尊重した主治医の意見が優先される。

- 1) 症状が安定していないとは浮腫や高血圧などの症状が不安定な場合をさす
- 2) 表に該当する疾患でもマラソン、競泳、選手を目指す運動部活動のみを禁じ、その他は可
として指導区分Eの指示を出す医師も多い
- 3) 蛋白(++)以上あるいは尿蛋白・クレアチニン比で0.5g/g以上をさす
- 4) 抗凝固薬（ワーファリンなど）を投与中の時は主治医の判断で頭部を強くぶつける運動や
強い接触を伴う運動は禁止される
- 5) 腎生検の結果で慢性腎炎症候群に準じる
- 6) 腎機能が2分の1以下とは各年齢における正常血清クレアチニンの2倍以上をさす。
- 7) 蛋白(+)以下あるいは尿蛋白・クレアチニン比0.5g/g未満をさす
- 8) ステロイドの通常投与では骨折しやすい状態にはならないが、長期間あるいは頻回に服用
した場合は起きうる。骨密度などで判断する

(参考5) 経過観察・専門医への紹介基準

かかりつけ医での経過観察 小児腎臓病専門医への紹介基準

日本小児腎臓病学会編集「小児の検尿マニュアル」2015 初版（診断と治療社）より抜粋・改変

尿検体： 早朝第一尿（中間尿）

尿検査項目： 尿一般、沈査、定量（蛋白、Cr、蛋白/Cr 比）

月経時に検尿を行うと、擬陽性が高率に起こります。

月経と重なった場合は、約 10 日～2 週間後に（再）検査を推奨します。

1. 定期検査間隔

血 尿：発見後 1 年間は 3 か月毎、以降は血尿が続く限り年 1, 2 回、必要に応じて血液検査

蛋白尿：最初の 3 カ月は 1 か月毎、その後 2, 3 か月毎

血尿・蛋白尿合併：最初の 3 か月は 1 か月毎、その後 2, 3 か月毎

慢性腎炎に進展する可能性を考慮して、必ず定期検査

2. 小児腎臓専門医への紹介基準

次の①もしくは、②～⑥項のいずれかを認める場合には紹介する

① 尿蛋白の増加： 尿蛋白/尿クレアチニン比（g/gCr）および尿蛋白定性がそれぞれ

・ 0.15～0.4、または 1+程度： 6～12 ヶ月程度の持続する場合

・ 0.50～0.9、または 2+程度： 3～6 ヶ月程度の持続する場合

・ 1.00～1.9、または 3+程度： 1～3 ヶ月程度の持続する場合

② 肉眼的血尿

③ 低蛋白血症（血清 Alb < 3.0g/dl）

④ 低補体血症

⑤ 高血圧

⑥ 腎機能障害

3. その他

- ・ 尿沈渣で赤血球円柱や変形赤血球を認める場合は、糸球体性の血尿、すなわち、慢性腎炎を考慮。
- ・ 蛋白尿に加え腎機能が悪い場合は、先天性腎尿路奇形（CAKUT）も疑われ、腎超音波で低形成腎が発見される事もあります。
- ・ 乳幼児では尿蛋白試験紙（±）でも、蛋白/Cr 比 0.3～0.6g/gCr を示すこともあり注意。