

令和 年 月 日

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。