書式 3-1

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、都合の悪くなった方は、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。

書式 3-3

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　）