

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ヵ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

[illegible]

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)