書式2-1

令和　　年　　月　　日

保護者様

　　　　年　　　　組

生徒名

　　　 　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　学校

学校長

尿検査（三次検診）について（お知らせ）

　先日、お子さまの尿検査（二次検尿）を行いましたところ、（　蛋白　・　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　受診日　　　ご希望の医療機関（別紙）に、午前中に受診してください。

 受診に際して予約が必要である医療機関の場合は、事前に予約して下さい。

２　費　用　　　保護者負担（ただし、医療助成等が利用できます）

令和６年４月１日からの特別医療費助成制度により自己負担分は無料です。文書料等は内容によっては徴収される事があります。

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　　　※ 当日の早朝第一尿（中間尿）

※「保険証（資格確認書）またはマイナンバーカード」、

「特別医療費受給資格証」、「紹介状」、「母子手帳」

「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）

　当日、お子さまが朝起きたらすぐ採尿してください（出始めと出終わりの尿はとらない「中間尿」）。また、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。

　検査結果は、後日学校を通じてご報告いたします。なお、検査結果については、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、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。**