書式3-3

令和　　年　　月　　日

保護者様

年　　　　組

生徒名　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　学校

学校長

尿検査（四次精密）について（お知らせ）

　　先日、お子さまの三次検尿を行いましたところ、疾病異常が疑われましたので、更に詳しい検査（四次精密）が必要と判定しました。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　受診日 四次精密医療機関に、午前中に受診してください。追加の尿検査や血液検査もあるため、午前中の早めの時間帯の受診をお勧めします。

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。

　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。