書式4-3

**紹介状**

（尿糖精密）

精密検査医療機関

担当医　　様

 下記の児童生徒は、本年度の学校検尿で尿糖が認められ

ましたので、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

　　　　　　　　　　　学校

学校長

（　公　印　省　略　）