書式5-1

 令和　　年　　月　　日

保護者様

学年　　　　　　　年　　　組

氏名

　　　　　　　　　　　　学校

学校長

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）精密検査医療機関へ受診されますようお願いいたします。

記

１　受診日　　　午前中に精密検査医療機関を受診してください。

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」、「緊急受診用紙」

「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）

「母子手帳」

　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。