書式5-2

**緊急受診用紙**

学年　　　　　　　年　　　組

氏名

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）精密検査医療機関を受診してください。受診後、下の受診証明書を医療機関に記入してもらい、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**

|  |
| --- |
| 診断名（暫定診断名）： |
| 管理区分： |
| 今後の方針：１．放置してよい　　　２．要観察　　　３．要精査　　　４．要医療５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名・担当医

書式5-3

**紹介状**

（緊急受診）

担当医　　様

　　　下記の生徒は、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

 　　　　　　　 　　　　学校

学校長

（　公　印　省　略　）