書式２-1（学校→緊急受診対象者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　保　護　者　　様

　　　　児童生徒名　〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○〇〇学校

学校長　〇〇〇〇

**尿検査の結果および緊急受診について（お知らせ）**

このたび実施しましたあなたのお子さんの尿検査の結果は、別紙（受診票１）「学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」に記載のとおりでした。つきましては、腎臓の病気が想定されることもあるため、至急詳しく検査する必要があります。なるべく早く、医療機関（専門医療機関）（西部地区は、かかりつけ医療機関（小児科・内科））を受診してください。

記

1．学校検尿の結果、腎臓疾患が想定され、更なる検査を行い、学校生活管理上においても適切な対応をとらせて頂くために必要なものです。

2．医療機関受診に際しては、保護者同伴で、事前に電話で予約をしてから受診してください。

3．検査に要する費用は、保護者負担となります。

ただし、保険診療で、通常の特別医療費助成制度が利用できます。

４．受診に際して、持参するものは以下のとおりです。

1. 「保険証」
2. 「特別医療受給者証」
3. 「母子手帳」、もしあれば「お薬手帳」
4. 当日の早朝尿（中間尿）

起床後すぐに採尿します。

出始めと出終わりの尿はとらず、その間の尿（中間尿）をとります。

1. 「紹介状 学校検尿 緊急受診について（お願い）」
2. 「学校検尿 第三次検診（および緊急）受診票」 この用紙に検診結果も記載されます。

　**既往症と腎臓病の家族歴の欄を記入してください。**

５．診療が終わりましたら、別紙（受診票１）「学校検尿第三次検診（および緊急）受診票」を学校まで届けてください。

６．検査結果につきまして、教育委員会、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、児童生徒の診断・学校生活管理指導以外に使用いたしません。