報告書５-1（教育委員会・学校→保護者）

令和　　年　　月　　日

保護者様

〇〇教育委員会

尿糖精密検診~~査~~の結果について

　　先般、学校検尿 尿糖精密検診医療機関外来で受けられました検診結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。○印の欄が該当の判定結果です。

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 学年・組・氏名 | 　年　　組 | 氏名 |  |
| 診断名 |  |
|  | １）普通の生活で差し支えありません。定期的な受診は不要ですが、食事・運動習慣に配慮した生活をしてください。来年度の検診も必ず受診してください。 |
|  | ２）普通の生活で差し支えありません。定期的な受診は不要ですが、進学、就職等の節目に、かかりつけ医で血糖値、HbA1c、尿糖を確認してください。 |
|  | 3) 　　　ヶ月に１回程度、かかりつけ医で診察・検査等を受けてください。 |
|  | 4) 　　　　　　　　　　　　を受診して、治療・検査等を行ってください。  |