受診票１（学校→第三次検診医療機関）　　　　　　　　　　　　A4両面印刷またはA3見開き印刷する

**学校検尿 第三次検診（および緊急）受診票**

**＜学校が記載する＞**

学校名 　　　　　　　　　　 年 組

　　　　　　　　男・女　生年月日　（平成・令和）　　 　年　　　月　　　日

（**現在**）　　検診月日　令和　　　年　　　月　　　日　　　体重　　 　　kg　 身長 　　　　cm

（**1年前**）　検診月日　令和　　　年　　　月　　　日　　　体重　 　　　kg 身長 　　　　 cm

学校検尿の成績

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一次検尿 | 蛋白 | 糖 | 潜血 | 二次検尿 | 蛋白 | 潜血 | ズルフォサリチル酸法 | 尿沈渣 |
|  |  |  |  |  |  |  |

* **緊急受診**の基準に該当する時には☑する。

今までに学校検尿で精密検査を受けたことがありますか．（該当のものを○で囲む）

いいえ 　　　はい　（ 　　　歳又は 　　　　　年生のとき）

**＜保護者が記載する＞**

・**既往症**（今までかかったことがあるものに○）

かせをひきやすい，扁桃炎，扁桃肥大，心臓疾患，腎疾患，糖尿病，アトピー性皮膚炎，

気管支喘息，アレルギー性鼻炎，アレルギー性結膜炎、蕁麻疹、肝炎，皮膚疾患，溶連菌感染症，猩紅熱，

慢性副鼻腔炎（蓄膿症），熱性発疹疾患その他、（医療機関で説明して頂いても結構です。）

・**腎臓病の家族歴**　（なし・あり）

ありの場合、差し支えなければ、具体的にご記載ください（　　　　　　　　　　　　　　　）

記載しない場合も、腎臓に関連した家族歴がある場合は、必ず医療機関でご説明ください。

**・医療機関に伝えたいこと**

**医療機関で次の項目等の検査を全て実施した後、本用紙は必ず学校へ提出して下さい。**

**＜以下は、医療機関が記入＞　第三次検診**（病院，医院で行います）

この結果をもとに「医師会検尿委員会」で判定しますので、すべての項目を検査してください。

**＊検尿一般検査は、早朝尿・随時尿（外来尿）を1週間隔で、必ず２回行ってください。**

（１回目）令和　　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 蛋白尿 | 糖 | 潜血 | 赤血球 | 白血球 | 上皮細胞 | 円柱 | その他 |
| 早朝尿 |  |  |  | 視野 | 視野 | 扁平  ／視野  小円形  ／視野 | 硝子  ／視野  顆粒  ／視野 | 粘液糸  結晶  細菌 |
| 随時尿 |  |  |  | 尿検査は外注でもかまいません | | | | |

（２回目）令和 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 蛋白尿 | 糖 | 潜血 | 赤血球 | 白血球 | 上皮細胞 | 円柱 | その他 |
| 早朝尿 |  |  |  | 視野 | 視野 | 扁平  ／視野  小円形  ／視野 | 硝子  ／視野  顆粒  ／視野 | 粘液糸  結晶  細菌 |
| 随時尿 |  |  |  | 尿検査は外注でもかまいません | | | | |

血圧　 　 　　／　 　　mmHg

血液検査　WBC　　　　/μl RBC　　　　　×10４/μl Hb ｇ/dl　Ht 　　　　％

ASO 　　　 単位　CRP 　　　mg/dl　TP 　　g/dl　Alb 　　g/dl 補体価（CH50） 　 Ｕ/ｍｌ

T-Chol 　　 mg/dl　BUN 　　　mg/dl　Cr 　　mg/dl

**（可能であれば、随時尿で提出）**　　尿中β２ミクログロブリン 　　　　　　μg/L

**暫定診断（１～７）、暫定管理区分（Ａ～Ｅ、管理不要）**（○をつけてください，学校検尿委員会の判定が出るまでの対応）

１．異常なし 　A ．在宅医療・入院が必要

２．無症候性蛋白尿 　B ．登校登園はできるが運動は不可　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

３．体位性蛋白尿の疑い 　C ．軽い運動のみ 三次検診医療機関および医師名

４．無症候性血尿 　D ．中等度の運動まで可

５．無症候性血尿．蛋白尿、腎炎の疑い 　E ．強い運動まで可

６．白血球尿、尿路感染症の疑い 管理不要

７．その他： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

３）要第四次

この枠内は記入しないでください　　【検尿委員会判定記載欄】　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 管理区分 |  |
| 診断名 |  |

１）放置、異常なし

２）要経過観察（かかりつけ医で）

３）要第四次精密検査　　４）要治療　　　医師会学校検尿委員会

※この枠内は記入しないでください　【第四次精密検診時および緊急受診時記載欄】　　　　令和　　　年　　月　　　日

**（暫定）診断名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　精密医療機関名および医師名

（管理区分）　Ａ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅ，

　（今後の方針）　１）異常なし（放置してよい）

　　　　　　　　　２）要経過観察　　　３）要治療　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印