**受診票１**（学校→第三次検診医療機関）

**（　№　　　　　）**

※Ａ４版両面印刷またはＡ３版見開き印刷

**学校検尿 第三次検診（および緊急）受診票**

**＜学校記載欄＞**

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。

**＜保護者記載欄＞**

・**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**（該当のものに○）

いいえ 　　　はい　（ 　　　歳又は 　　　　　年生のとき）

・**既往症**（今までかかったことがあるものに○）

かぜをひきやすい　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・**腎臓病、検尿異常の家族歴**　（　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＞**

第三次検診医療機関　担当医　様

第三次検診の結果をもとに「医師会検尿委員会」で判定しますので、下記のすべての項目を検査し、【第三次検診時記載欄】に記載をお願いします。

**＊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（C3） 　 mg/dL

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

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

**【第三次検診時記載欄】**

**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

３．体位性蛋白尿の疑い　　　　　　　　　Ｃ．軽い運動のみ

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：

令和　　　年　　　月　　　日

第三次検診医療機関名および医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　　年　　　月　　　日

第四次精密検診医療機関名および医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　医師会学校検尿委員会

**【医師会検尿委員会判定記載欄】**

**【第四次精密検診時及び緊急受診時記載欄】**

**（暫定）診断名**

（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

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