書式５-1（学校→尿糖検診対象者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　保　護　者　　様

　　　　生徒名　〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○〇〇高等学校

学校長　〇〇〇〇

学校検尿 尿糖陽性者検診について（お知らせ）

このたび実施しましたあなたのお子さんの学校検尿の結果は、別紙（受診票２）「学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」に記載のとおりで、尿糖が陽性でした。その結果“糖尿病”も疑われ、もう少し詳しい検査（または治療）をする必要があります。できるだけ早く、尿糖精密検診医療機関を受診されますようお勧めします。尚、今回の尿糖陽性検診象者となりましても、必ずしも糖尿病と診断されたわけではありませんので、念のため申し添えます。

記

１．尿糖陽性者につきましては、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ください。

３．検査の内容は、医師による問診と診察、血圧測定、血液検査と尿検査等です。

４．検査に要する費用は、保護者負担となります。

ただし、通常の保険診療ですが、令和６年４月１日より特別医療費助成制度により自己負担分は無料です。文書料等は各医療機関によっては徴収されることがあります。

５．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　「紹介状 学校検尿 尿糖精密検診について（お願い）」

⑤　「学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」　この用紙に結果も記載されます。

**※過去の糖尿病精密検査受検歴、既往症や家族歴の欄を記入してください。**

６．お子さんに次の症状などがあるときには、学校にお知らせいただき、直ちに検診を受けて下さい。

・　普段に比べて非常によく水分をとるようになっている

　　　・　尿量が多くなった。急に、“おねしょ”をするようになった。

　　　・　食べているのに、急にやせてきた

　　上記の症状がなければ、検診日までの食事など日常生活は、今までとおりでよいです。

７．受診・検査が終わりましたら、別紙（受診票２）「学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」を学校に提出してください。**※検査結果につきまして、地区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、生徒の診断・学校生活管理指導以外に使用いたしません。**