書式５-2（学校→尿糖精密検診医療機関）

令和　　　年　　　月　　　日

　（尿糖精密検診医療機関）

　　　　　担当医　先生

○○〇〇高等学校

学校長　〇〇〇〇

**紹　介　状**

**学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診について（お願い）**

　平素から学校保健につきましては、格別なご配慮をいただきましてありがとうございます。

下記の生徒は、学校検尿において別紙（受診票２）「学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」の通り「尿糖陽性者」と考えられます。つきましては、精密検診等診療をお願いいたします。

**記**

1. 学校名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年　　　　　年　　　　組

1. 検査・診療終了後、

別紙（受診票２）「学校検尿 尿糖陽性者精密検診受診票」下段の＜医療機関記載＞欄に、「検査成績」、「判定」および「今後の方針」を記載して下さい。

３．上記「受診票２」は保護者に返却して下さい。

後日、保護者から学校に提出されます。

以上