年　　月　　日

　年　組　氏名　　　　　　　　　さん

保護者様

学校名　　　　　立　　　　　学校

校　長

尿検査の結果および受診のおすすめ

この度の尿検査の結果、下記のとおり、月経尿もしくは、２回目の尿検査が未受検でしたので、受診（再検査）が必要となります。

なお、受診の際には、必ず早朝尿を持参し、医療機関にて【潜血・蛋白・糖】の３項目の検査を依頼してください。受診結果につきましては、下欄の「受診結果報告書」を保護者が記載の上、学校へ御提出ください。

記

尿検査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 一次 | 二次 |
| 潜血 | 蛋白 | 糖 | 潜血 | 蛋白 | 糖 |
|  |  |  |  |  |  |

医療機関の長　様

この度の尿検査の結果、上記のとおり月経尿もしくは、２回目の尿検査が未受検でしたので尿定性検査の実施を御依頼いたします。なお、【潜血・蛋白・糖】の３項目をお願いいたします。

　　　　立　　　　　学校長　様

　　年　　組　氏名

**＜医師指示事項（尿検査）＞**　**※すべて保護者による記載**

□　異常なし（管理不要）

□　次回　　カ月後に再検査（管理指導表に記載してもらいます）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※医師の指示事項および下の受診医療機関名・医師名を保護者が記入し、学校へ提出してください。

※医療機関で発行された検査結果があれば、コピーを添付してください。

受診した日　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名

保護者名