

## ★医療機関に、尿検査の結果「蛋白／潜血」での受診とお伝えください★

保護者様

札幌市立 園長・学校長

## 尿検査結果のお知らせ

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

先日おこないました尿検査の結果、次のとおりでしたので、できるだけ早い機会に**専門医による精密検査**を受けられるようお勧めいたします。

専門医療機関については、この用紙の裏面に記載しておりますので、受診先を決定する際の参考にしてください。ただし、治療中または経過観察中のお子さんは、現在管理されている医療機関での治療等を継続してください。

また、精密検査にかかる費用については自己負担となりますので、受診当日は健康保険証を御持参ください。その結果については右記連絡書に**保護者が記入**し、学校へ提出してください。

## 依 頼 書

主治医様

学校での尿検査の結果、専門医による精密検査を受ける必要があると判断されますので、よろしく願います。

なお、右記の精密検査結果、イ、ウに該当の場合は「学校生活管理指導表」（3部複写）への御記入、ならびに御指導方よろしく願います。

## 尿 検 査 結 果

検査日 年 月 日

学校・園名 \_\_\_\_\_ 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

蛋白定量 \_\_\_\_\_ mg/dl (方法 ○○法)

クレアチニン \_\_\_\_\_ g/l (方法 ○○法)

蛋白/クレアチニン比 \_\_\_\_\_ g/gCr

糖定量 \_\_\_\_\_ mg/dl (方法 ○○法)

沈 渣 { 赤血球 \_\_\_\_\_ 個

400× 視野

白血球 \_\_\_\_\_ 個

尿ケトン体 ( )

## 連 絡 書 (腎臓検査) ※変更の可能性あり

園長・学校長様

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

●検査年月日 年 月 日

- 精密検査結果
- ア. 異常なし
- イ. 要観察 ( ) か月毎
- ウ. 要治療
- エ. その他 ( )

診断名

- ・すでに確定診断名、または腎生検診断名があれば病名を下記に記載してください。下記の分類に○はしなくて結構です。

( )

- ・現在、検査中、または疑いの場合は考えられる疾患の以下の暫定診断名分類に○をしてください。

- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. 無症候性血尿                   | 8. ネフローゼ症候群                       |
| 2. 無症候性蛋白尿                  | 9. アルポート症候群                       |
| 3. 家族性良性血尿                  | 10. 腎尿路奇形（膀胱尿管逆流現象、水腎症、低形成腎などを含む） |
| 4. 起立性蛋白尿                   | 11. 尿路感染症                         |
| 5. 家族性低分子蛋白尿症               | 12. 腎不全                           |
| 6. 急性糸球体腎炎                  | 13. 尿路結石                          |
| 7. 慢性糸球体腎炎                  | 14. その他 ( )                       |
| 1) 一次性 (IgA 腎症などを含む)        |                                   |
| 2) 二次性 (紫斑病性腎炎、ループス腎炎などを含む) |                                   |

- 指導事項 ①上記検査結果のイ、ウのお子さんについては「学校生活管理指導表」（2部）を渡されますので、日常生活の参考とし、**1部は学校に提出**してください。

②その他 ( )

上記のとおり（医療機関名 \_\_\_\_\_）で精密検査を受けましたので連絡します。

年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_

保護者様

札幌市立

園長・学校長

## 尿検査結果のお知らせ

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

先日おこないました尿検査の結果、次のとおりでしたので、一度**かかりつけ医師による精密検査**を受けられるようお勧めいたします。その結果、さらに専門医における精密検査が必要になる場合もあります。

ただし、治療中または経過観察中のお子さんは、現在管理されている医療機関での治療等を継続してください。

なお、精密検査にかかる費用については自己負担となりますので、受診当日は健康保険証を御持参ください。その結果については右記連絡書に**保護者が記入**し、学校へ提出してください。

## 依 頼 書

主治医様

学校での尿検査の結果、かかりつけ医による精密検査を受ける必要があると判断されますので、よろしくお願いたします。

なお、右記の精密検査結果、イ、ウに該当の場合は「学校生活管理指導表」（3部複写）への御記入、ならびに御指導方よろしくお願いたします。

## 尿 検 査 結 果

検査日 年 月 日

学校・園名 \_\_\_\_\_ 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

蛋白定量 \_\_\_\_\_ mg/dl (方法 ○○法)

クレアチニン \_\_\_\_\_ g/l (方法 ○○法)

蛋白/クレアチニン比 \_\_\_\_\_ g/gCr

糖定量 \_\_\_\_\_ mg/dl (方法 ○○法)

沈 渣

400× 視野	}	赤血球 _____ 個	尿ケトン体 ( )
		白血球 _____ 個	

## 連 絡 書 (腎臓検査) ※変更の可能性あり

園長・学校長様

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

●検査年月日 年 月 日

- 精密検査結果
- ア. 異常なし
- イ. 要観察 ( ) か月毎
- ウ. 要治療
- エ. その他 ( )

診断名

- ・すでに確定診断名、または腎生検診断名があれば病名を下記に記載してください。下記の分類に○はしなくて結構です。

( )

- ・現在、検査中、または疑いの場合は考えられる疾患の以下の暫定診断名分類に○をしてください。

- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. 無症候性血尿                   | 8. ネフローゼ症候群                       |
| 2. 無症候性蛋白尿                  | 9. アルポート症候群                       |
| 3. 家族性良性血尿                  | 10. 腎尿路奇形（膀胱尿管逆流現象、水腎症、低形成腎などを含む） |
| 4. 起立性蛋白尿                   | 11. 尿路感染症                         |
| 5. 家族性低分子蛋白尿症               | 12. 腎不全                           |
| 6. 急性糸球体腎炎                  | 13. 尿路結石                          |
| 7. 慢性糸球体腎炎                  | 14. その他 ( )                       |
| 1) 一次性 (IgA 腎症などを含む)        |                                   |
| 2) 二次性 (紫斑病性腎炎、ループス腎炎などを含む) |                                   |

- 指導事項 ①上記検査結果のイ、ウのお子さんについては「学校生活管理指導表」（2部）を渡されますので、日常生活の参考とし、**1部は学校に提出**してください。

②その他 ( )

上記のとおり（医療機関名 \_\_\_\_\_）で精密検査を受けましたので連絡します。

年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_

## ★医療機関に、尿検査の結果「糖」での受診とお伝えください★

保護者様

札幌市立

園長・学校長

## 連絡書（尿糖検査）

※変更の可能性あり

尿検査結果のお知らせ

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

先日おこないました尿検査の結果、次のとおりでしたので、できるだけ早い機会に**専門医による精密検査**を受けられるようお勧めいたします。

専門医療機関については、この用紙の裏面に記載しておりますので、受診先を決定する際の参考にしてください。

ただし、治療中または経過観察中のお子さんは、現在管理されている医療機関での治療等を継続してください。

また、精密検査にかかる費用については自己負担となりますので、受診当日は健康保険証を御持参ください。

その結果については右記連絡書に**保護者が記入**し、学校へ提出してください。

## 依 頼 書

主治医様

学校での尿検査の結果、専門医による精密検査を受ける必要があると判断されますので、よろしく願いいたします。

## 尿 検 査 結 果

検査日 年 月 日

学校・園名 \_\_\_\_\_ 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

蛋白定量 \_\_\_\_\_ mg/dl (方法 ○○法)

クレアチニン \_\_\_\_\_ g/l (方法 ○○法)

蛋白/クレアチニン比 \_\_\_\_\_ g/gCr

糖定量 \_\_\_\_\_ mg/dl (方法 ○○法)

沈 渣

400× 視野

赤血球 \_\_\_\_\_ 個

白血球 \_\_\_\_\_ 個

尿ケトン体 ( )

園 長 様  
学 校 長

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

- 検査年月日 年 月 日
- 精密検査結果
  - ア. 異常なし
  - イ. 要 観 察 ( ) か月毎
  - ウ. 要 治 療
  - エ. その他 ( )

病 名 (○印をつけてください)

1. インスリン依存型糖尿病
2. インスリン非依存型糖尿病
3. 腎性糖尿
4. その他 病名:

- 指導事項

上記のとおり（医療機関名 \_\_\_\_\_ ）で精密検査を受けましたので連絡します。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_