

医療機関様

下記の報告書は、当該児童生徒の尿検査の結果です。ご多用中恐縮ですが、御診察、検査、治療についてよろしくご配慮をお願い申し上げます。2019年度よりできれば尿蛋白クレアチニン比（正常値0.15未満）を測定願います。

なお、ご面倒でも下記の書類にご記入の上、児童生徒または保護者を経て、学校長までご提出下さるようお願い申し上げます。

腎疾患精密検査報告

学校名 _____

年 組 番 _____

氏 名 _____

(西暦)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

診断が確定し（病理組織診断も含む）、定期的な診察を受けている児童生徒については、臨床診断名、病理診断名ならびに児童生徒の状況につき、下の欄にご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

臨床診断名： _____

病理組織診断名： _____

最近の状況： _____

現在の管理区分： _____

第3次精密検査で行う検査

尿検査 早朝尿

蛋白		潜血	赤血球	白血球	円柱	その他
定性	尿Cr				赤血球	扁平上皮
	mg/dl				/WF	結晶
定量	尿蛋白Cr比	糖			顆粒	
	mg/dl		/HPF	/HPF	/WF	細菌
	g/gCr					

昼間尿

蛋白		潜血	赤血球	白血球	円柱	その他
定性	尿Cr				赤血球	扁平上皮
	mg/dl				/WF	結晶
定量	尿蛋白Cr比	糖			顆粒	
	mg/dl		/HPF	/HPF	/WF	細菌
	g/gCr					

判定

	今年度	前年度
検診所見名 (疑診断名)		
暫定的 管理区分		

(腎臓検診判定委員会で記入)

既往歴

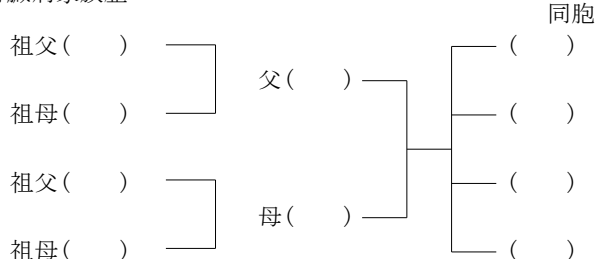
()

※在胎週数 _____ 週 ※出生時体重 _____ g
※わかればご記入ください。

症状・所見 (あり・なし) ※ありの場合はご記入ください。

()

腎臓病家族歴



身長 _____ cm 体重 _____ kg

血圧 _____ / _____ 腹囲 _____ cm

血液 Hb _____ g/dl Ht _____ %

RBC _____ WBC _____

ASO _____ 単位 CRP _____

T.P _____ g/dl Alb _____ g/dl

C₃(β₁C) _____ mg/dl T.chol _____ mg/dl

BUN _____ mg/dl Crea _____ mg/dl

その他、行った検査がありましたらご記入ください。

()

検査年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 _____

医師名 _____ 印 _____

(各医療機関で記入)