

# 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**尿蛋白クレアチニン比(正常値0.15未満)**の測定をお願いしております。

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	細菌	
mg/dl	g/gCr		/HPF	/HPF	/WF		

#### 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	細菌	
mg/dl	g/gCr		/HPF	/HPF	/WF		

#### 判定

	今年度	前年度
検診所見名 (疑診断名)		
暫定的 管理区分		

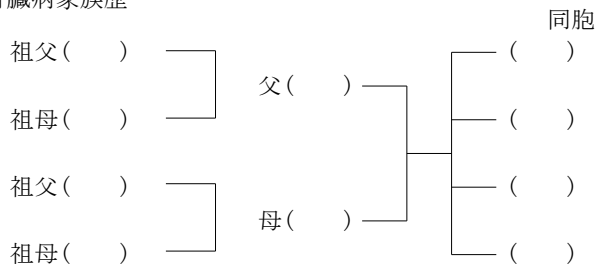
(腎臓検診判定委員会で記入)

#### 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

C<sub>3</sub>(β<sub>1</sub>C) \_\_\_\_\_ 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)

※検査結果の写しを添付の上、ご提出していただいても問題ありません。