**緊急受診紹介状**

氏名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

上記生徒は学校検尿の結果、尿に高度の異常が認められました。かかりつけ医からの紹介状を持っておりませんが、緊急を要する病気の可能性もありますので、ご高診をいただきますようお願い致します。

なお、岡山県医師会から、選定医療費の免除を全専門医療機関の長に対しまして、お願いをさせていただいております。何卒ご配慮をよろしくお願い申し上げます。

受診後、下の受診報告書を医療機関にてご記入いただきまして、患者にお渡しください。これを学校に提出いたします。

（検尿の結果）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施日 | 結果 | その他の異常所見 |
|  |  |  |

　学校名

**受診報告書**

|  |
| --- |
| 診断名（暫定診断）： |
| 今後の方針：１．処置不要　　２．要観察 （　　か月後）　３．要精査　　４．要治療 ５．治療中　　　６．他院紹介（　　　　　　　　　　　病院） |

※お手数ですが、学校生活管理指導表への記載もお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名