

(7) 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	尿蛋白	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 (カ月後) 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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____