

健康保険証を必ずご持参下さい

## 精密検査（腎臓・糖尿病）受診票

学校名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

性別 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_

### 【検査結果：学校記入欄】

一次 検尿	検査日	定 性		二次 検尿	検査日	定 性		沈 渣	
	月	潜血			月	潜血		赤血球	
日		蛋白		日		蛋白		白血球	
		糖				糖		円 柱	

※保護者の皆様へ 受診の際には以下を必ずご記入のうえ、受診をお願いします

#### ●「潜血または蛋白」が一次検尿・二次検尿でいずれか（+）以上の場合のみ記入下さい

1. これまでに尿の異常をいわれたことがありますか？

(はい・いいえ)

『はい』の場合（1）～（3）にお答え下さい

（1）尿の異常は

イ. 血尿のみ   ロ. 蛋白尿のみ   ハ. 血尿と蛋白尿   ニ. その他 [ \_\_\_\_\_ ]

（2）尿の異常を指摘されたのは

①（ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 年生のとき）

②三歳児検尿, 幼稚園検尿, 学校検尿, その他 [ \_\_\_\_\_ ]

③その他（具体的な症状は？ : \_\_\_\_\_ )

（3）医療機関を受診した場合

医療機関名： \_\_\_\_\_

担当医： \_\_\_\_\_

受診時の検査項目

イ. 血液検査   ロ. 尿検査   ハ. 腹部エコー   ニ. その他 [ \_\_\_\_\_ ]

検査結果・医師から言われたことをご記入下さい。

( \_\_\_\_\_ )

2. 家族、親戚に尿の異常や腎臓の病気のある方がいらっしゃいますか？ (はい・いいえ)

3. 先日の学校検尿の時、月経中でしたか？ (一次検尿・二次検尿・両方)

#### ●「糖」が一次検尿、二次検尿いずれか（+）以上の場合のみ記入下さい

※ 受診をする際は、飲食はせず（水は可）に受診してください

1. これまでに尿糖を指摘されたことがありますか？

(はい・いいえ)

「はい」と答えた方は、その時の診断名に○をつけてください。

①1型糖尿病②2型糖尿病③境界型④腎性糖尿⑤異常なし⑥その他 [ \_\_\_\_\_ ]

2. 家族に尿糖のでる人がいますか？

(はい・いいえ)

3. 家族に糖尿病の人がいますか？

(はい・いいえ)

4. 急にやせてきましたか？

(はい・いいえ)

5. 普通より太りぎみであると思いますか？

(はい・いいえ)

6. これまでに次のような自覚症状がありましたか？ (のどが渇く・水をよく飲む・夜中にトイレで起きる)

### ※記載の個人情報取扱いについて

受診される方の個人情報は、結果報告、事後管理指導・確認等に必要範囲で利用します。腎臓・糖尿病検診の精度向上のために、個人情報を除いた数値の統計処理を行います。全ての過程で個人情報は慎重に取り扱います。

所属都市医師会：

医療機関名：

担当医：

**【検査結果：医療機関記入欄】**

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
既往歴（通院中の疾患）						

※潜血陽性例または蛋白陽性例は①腎臓検診、尿糖陽性例は②糖尿検診の検査を行い、  
下段の判定会向け医師コメント記入欄及び対応記入欄を記入して下さい。

①腎臓検診 受診日（西暦 年 月 日）

腎臓 暫定診断名・臨床診断名

早朝尿			
早朝尿・尿生化学			
尿蛋白定量 (A)	mg/dl		
尿 Cr (クレアチン) (B)	mg/dl		
尿蛋白/尿 Cr= (A) ÷ (B)			
随時尿			
随時尿定性		随時尿沈渣	
潜血	1+未満 1+ 2+ 3+以上	赤血球/視野	5未満 5~29 30以上
蛋白	1+未満 1+ 2+ 3+以上	白血球/視野	5未満 5以上
糖	1+未満 1+ 2+ 3+以上	顆粒円柱	なし ・ あり
血清クレアチン	mg/dl	総蛋白	g/dl
補体 C <sub>3</sub>	mg/dl (検査機関基準値		~ mg/dl)
血清アルブミン		g/dl	

1. 無症候性血尿
2. 体位性蛋白尿
3. 無症候性蛋白尿
4. 無症候性血尿蛋白尿
5. 急性腎炎症候群
6. 慢性腎炎症候群
7. ネフローゼ症候群
8. 紫斑病性腎炎
9. ループス腎炎
10. 良性家族性血尿
11. 遺伝性腎炎
12. 尿路感染症
13. 先天性腎尿路奇形
14. 腎不全
15. その他 ( )
16. 正常

②糖尿検診 受診日（西暦 年 月 日）

糖尿 暫定診断名・臨床診断名

**尿検査**

**血液検査**

空腹時尿糖	1+未満 1+ 2+ 3+以上
尿ケトン体	1+未満 1+ 2+ 3+以上
肥満度	%

空腹時血糖	mg/dl
HbA1c	%
総コレステロール	mg/dl
HDL コレステロール	mg/dl
LDL コレステロール	mg/dl
中性脂肪	mg/dl

1. 異常なし
2. 糖尿病
3. 糖尿病疑い
4. 腎性糖尿
5. その他 ( )

**判定会向け医師コメント記入欄**（選択項目結果、説明内容、判定会への連絡等）

**対応記入欄** ( ) 医療機関判定 ( ) 判定会提出 ( ) 精密機関紹介  
※医療機関判定の場合は、下記もご記入下さい。判定会提出・精密機関紹介の場合は記入不要です。

暫定診断名 (右表の番号で記載)		次回検尿	不要	カ月後
管理区分	A B C D E	次回採血	不要	カ月後

事後措置連絡表（医療機関判定の場合は不要）： 要 ( カ月後の送付をお願いします) ・ 不要  
腹部エコーの実施： 要 ・ 不要