

保護者 様

鎌倉市立第一小学校

## 尿検査のお知らせ

腎疾患や糖尿病等の早期発見のため、尿の成分（蛋白・潜血・糖）を調べる検査を行います。忘れずにご提出ください。

- 1.提出日           4月10日(水)   朝8時45分までに提出
- 2.配付物           ①容器  
                      ②紙コップ  
                      ③袋（バーコードラベルのシール付き）

袋の裏面に記載の[検査前日・検査当日の注意事項]を必ずお読みください。

## [ 提出の準備 ]

1次 容器ラベル

うえ (キャップ側) 0003 予防医学小学校

採尿後に貼ってください  
採尿の仕方は裏面を参照してください  
キリトリセン  
うしろに折りまげてください  
もう一度うしろに折りまげてください

尿 1次 検査  
鎌倉市教育委員会  
99999  
予防医学小学校

|      |       |      |
|------|-------|------|
| 年・組  | 1年    | 1組   |
| 出席番号 | 3     | 性別 女 |
| フリガナ |       |      |
| 氏名   | 協会 花子 |      |

0003  
a239999900003a  
(公財) 神奈川県予防医学協会

検査当日の採尿後  
「バーコードラベルのシール」を  
容器に貼る。

「年・組」「出席番号」「性別」  
「フリガナ」「氏名」を記入。

※氏名の欄は、すでに押印されている場合もあります。



## [ 検査当日 ]

## 採尿の仕方

1. 容器の ←このあいだに入れる→ の範囲内に尿をとる。



2. キャップをしっかりと閉める。  
3. 「バーコードラベルのシール」を容器に貼る。

## 袋づめ

1. 「キリトリセン」で切る。  
2. 容器を袋に入れる。  
3. 袋の口を 2回折る。

キリトリセン  
うしろに折りまげてください  
もう一度うしろに折りまげてください

尿 1次 検査  
鎌倉市教育委員会  
99999  
予防医学小学校

|      |       |      |
|------|-------|------|
| 年・組  | 1年    | 1組   |
| 出席番号 | 3     | 性別 女 |
| フリガナ |       |      |
| 氏名   | 協会 花子 |      |

0003  
a239999900003a  
(公財) 神奈川県予防医学協会