

年 月 日  
yyyy / mm / dd

保護者 様

Dear Parents / Guardians,

\_\_\_\_\_ 学校 校長 \_\_\_\_\_  
(School name) Principal

尿検査のお知らせ

**Urine Test**

1. 提出日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )  
Please hand in the urine sample on: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( )

※忘れたときは \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

If you did not hand in the sample on the above date, please hand it in by:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( )

2. 検査の目的 腎臓のはたらきが正常であるかどうかを調べます。

Purpose of test: To check if kidneys are functioning properly.

3. 尿の取り方

How to collect urine sample:

① 朝一番の尿を取る。出始めは取らずに途中から取る。

Collect urine mid-stream when your child urinates first thing in the morning.

② 尿を容器に入れ、ふたをしっかりと閉める。

Put the urine sample collected in the sample container and cap the container tightly.

③ 配られた袋に入れて学校へ持っていく。

Put the container in the distributed bag, and have your child bring it to school.