

先天性代謝異常等検査要精密検査連絡票
兼 乳 児 精 密 健 康 診 査 依 頼 書

疑いのある疾患名	アミノ酸代謝異常症() 有機酸代謝異常症() 脂肪酸代謝異常症() 糖質代謝異常症(ガラクトース血症) 内分泌疾患(先天性甲状腺機能低下症・先天性副腎過形成症) 免疫不全症・小児神経疾患(重症複合免疫不全症・B細胞欠損症・脊髄性筋萎縮症) ライソゾーム病(ポンペ病・ムコ多糖症Ⅰ型・ムコ多糖症Ⅱ型)			
要精密対象者	フリガナ		フリガナ	
	保護者名		児の名前	
児の出生日	年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住所 電話番号	〒 ー 東京都 区市 (電話)			
出生時体重	g	哺乳状況	良・不良・極めて不良 在胎週数	
採血医療機関	名 称: (担当医師名:)			
	所在地: (電話)			
検査機関名	名 称: (電話)			
検査結果		1 回目	2 回目	3 回目
	採 血 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	受 付 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判 定 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	測定値			
備 考				

検査の結果、上記のとおり精密検査を要するのでご連絡します。

年 月 日

東京都福祉局子供・子育て支援部事業連携担当課長 殿

検査機関名: (担当:)

上記のとおり、当該児は精密検査が必要です。保護者から申請がありましたら、乳児精密健康診査受診票を交付されますようお願いいたします。なお、保護者には医療機関の主治医から検査結果を説明します。

もし、保護者から申請がある前に保護者と連絡をとる場合は、主治医が保護者に検査結果を説明したことを主治医に確認した後、連絡してください。

年 月 日

(区市町村名) 母子保健主管課長 (担当:) 殿

東京都福祉局子供・子育て支援部事業連携担当課長 (担当:)