

協 力 承 諾 書

東京都が実施する先天性代謝異常等検査の「採血医療機関」として、以下の項目について協力することを承諾いたします。

なお、このことにより知り得た情報を他の用途には使用いたしません。

1 申込みに關すること

- ・新生児の保護者に「先天性代謝異常等検査のおしらせ」により、本検査の趣旨を説明します。
- ・検査を希望する新生児の保護者に「先天性代謝異常等検査申込書兼採血ろ紙」(以下「申込書」という。)を渡し、申込書に必要事項を記入してもらい、(保護者控え)を検査を希望する新生児の保護者に渡します。

2 採血及び検体の検査機関への送付に關すること

- ・採血は、新生児の保護者からの申込みに基づいて行います。
- ・申込書の太枠内以外の部分を記入し、(医療機関控え)は医療機関が保管します。
- ・日齢4日～6日(生まれた日を0日とする。)の新生児から採血を行い、申込書(検査機関送付用)に血液を染み込ませたものを検査機関に送付します。

3 検査結果の保護者への通知に關すること

- ・検査機関からの報告に基づき、検査結果を保護者に通知します。
- ・検査の結果、精密検査を要する場合には、医療機関紹介と併せて、区市町村が実施する医療費助成制度(「乳児精密健康診査」)についても説明します。

年　　月　　日

ふりがな
医療機関名

代表者氏名

印

所 在 地

電 話

東 京 都 知 事 殿