

様式2の1

（検体コード）

左の丸印を越すように裏面に  
充分に、しきみとおさるよう  
に採血してください。

先天性代謝異常等検査申込書兼採血ろ紙

（検査機関送付用）

「先天性代謝異常等検査のお知らせ」を読み、趣旨を了解しましたので検査を申し込みます。  
（下の太線内をご記入ください。）

申込日20年 月 日

フリガナ

（フリガナは氏と名の間を1マス空けてください。半濁点及び濁点付きの場合でも1マスに記入してください。）

産婦氏名

住 所

電話 番 号

里帰り等で上記  
と異なる場合

医 療 機 関 名

（医療機関コード）

（検体コード）

（結果送却先）

担 当 医

児 名  
（カナ）

性 別

出 生 日

哺 乳 開 始 日

1.男 2.女 3.未定

検査 区分

1.初検 2.再検 3.低体重 2回目 4.哺乳不良

出 生 時 体 重

哺 乳 状 況

探 血 日

2 0 年 月 日

在 胎 週 数

1.良 2.不良 3.極めて不良

抗 生 剤 使 用

1.無 2.有

探 血 時 体 重

g

（5歳未満用）

様式2の1

先天性代謝異常等検査申込書兼採血ろ紙

（医療機関控え）

「先天性代謝異常等検査のお知らせ」を読み、趣旨を了解しましたので検査を申し込みます。  
（下の太線内をご記入ください。）

申込日20年 月 日

フリガナ

（フリガナは氏と名の間を1マス空けてください。半濁点及び濁点付きの場合でも1マスに記入してください。）

産婦氏名

住 所

電話 番 号

里帰り等で上記  
と異なる場合

担 当 医

児 名  
（カナ）

性 別

出 生 日

哺 乳 開 始 日

1.男 2.女 3.未定

検査 区分

1.初検 2.再検 3.低体重 2回目 4.哺乳不良

出 生 時 体 重

哺 乳 状 況

探 血 日

2 0 年 月 日

在 胎 週 数

1.良 2.不良 3.極めて不良

抗 生 剤 使 用

1.無 2.有

探 血 時 体 重

g

（5歳未満用）

様式2の1

先天性代謝異常等検査申込書兼採血ろ紙

（保護者控え）

「先天性代謝異常等検査のお知らせ」を読み、趣旨を了解しましたので検査を申し込みます。  
（下の太線内をご記入ください。）

申込日20年 月 日

フリガナ

（フリガナは氏と名の間を1マス空けてください。半濁点及び濁点付きの場合でも1マスに記入してください。）

産婦氏名

住 所

電話 番 号

里帰り等で上記  
と異なる場合

担 当 医

検査の結果は、採血してからおおむね1週間に降に採血した医療機関に報告されますので、  
保護者の方は医療機関で検査結果を確認してください。

なお、精密検査が必要となった場合は、お住まいの区市町村の保健センター等で「乳児精密  
健康診査受診票」をお受け取りになり、医療機関で受診してください。

また、上記の「乳児精密健康診査受診票」を発行するために、東京都から区市町村へ精密検査  
を必要とする方の検査結果を提供していますのでご了承ください。

（5歳未満用）