

様式2の1

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。)																																																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">フリガナ</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="12">(結果返却先)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">(医療機関コード)</td> </tr> <tr> <td colspan="12">(検体コード)</td> </tr> </table>												フリガナ												(結果返却先)												(医療機関コード)												(検体コード)																					
フリガナ																																																																					
(結果返却先)																																																																					
(医療機関コード)																																																																					
(検体コード)																																																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">産婦氏名</td> <td colspan="2">医療機関名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td colspan="2">担当医</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>												産婦氏名		医療機関名										住所												電話番号		担当医																															
産婦氏名		医療機関名																																																																			
住所																																																																					
電話番号		担当医																																																																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">児名(カナ)</td> <td colspan="2">探血日</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">性別</td> <td colspan="2">1. 初検 2. 再検 3. 未定</td> <td colspan="2">検査区分</td> <td colspan="2">出生時体重</td> <td colspan="2">在胎週数</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">出生日</td> <td colspan="2">2.0</td> <td colspan="2">年</td> <td colspan="2">月</td> <td colspan="2">日</td> <td colspan="2">哺乳状況</td> <td colspan="2">1. 良 2. 不良 3. 極めて不良</td> <td colspan="2">抗生素使用</td> </tr> <tr> <td colspan="2">哺乳開始日</td> <td colspan="2">2.0</td> <td colspan="2">年</td> <td colspan="2">月</td> <td colspan="2">日</td> <td colspan="2">採血時体重</td> <td colspan="4">2. 無 有</td> </tr> </table>												児名(カナ)		探血日										性別		1. 初検 2. 再検 3. 未定		検査区分		出生時体重		在胎週数						出生日		2.0		年		月		日		哺乳状況		1. 良 2. 不良 3. 極めて不良		抗生素使用		哺乳開始日		2.0		年		月		日		採血時体重		2. 無 有			
児名(カナ)		探血日																																																																			
性別		1. 初検 2. 再検 3. 未定		検査区分		出生時体重		在胎週数																																																													
出生日		2.0		年		月		日		哺乳状況		1. 良 2. 不良 3. 極めて不良		抗生素使用																																																							
哺乳開始日		2.0		年		月		日		採血時体重		2. 無 有																																																									
(ろ紙作成年月)																																																																					

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。)																																																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">産婦氏名</td> <td colspan="2">担当医</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>												産婦氏名		担当医										住所												電話番号																																	
産婦氏名		担当医																																																																			
住所																																																																					
電話番号																																																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">児名(カナ)</td> <td colspan="2">探血日</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">性別</td> <td colspan="2">1. 初検 2. 再検 3. 未定</td> <td colspan="2">検査区分</td> <td colspan="2">出生時体重</td> <td colspan="2">在胎週数</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">出生日</td> <td colspan="2">2.0</td> <td colspan="2">年</td> <td colspan="2">月</td> <td colspan="2">日</td> <td colspan="2">哺乳状況</td> <td colspan="2">1. 良 2. 不良 3. 極めて不良</td> <td colspan="2">抗生素使用</td> </tr> <tr> <td colspan="2">哺乳開始日</td> <td colspan="2">2.0</td> <td colspan="2">年</td> <td colspan="2">月</td> <td colspan="2">日</td> <td colspan="2">採血時体重</td> <td colspan="4">2. 無 有</td> </tr> </table>												児名(カナ)		探血日										性別		1. 初検 2. 再検 3. 未定		検査区分		出生時体重		在胎週数						出生日		2.0		年		月		日		哺乳状況		1. 良 2. 不良 3. 極めて不良		抗生素使用		哺乳開始日		2.0		年		月		日		採血時体重		2. 無 有			
児名(カナ)		探血日																																																																			
性別		1. 初検 2. 再検 3. 未定		検査区分		出生時体重		在胎週数																																																													
出生日		2.0		年		月		日		哺乳状況		1. 良 2. 不良 3. 極めて不良		抗生素使用																																																							
哺乳開始日		2.0		年		月		日		採血時体重		2. 無 有																																																									
(ろ紙作成年月)																																																																					

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。)																																															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">産婦氏名</td> <td colspan="2">担当医</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>												産婦氏名		担当医										住所												電話番号											
産婦氏名		担当医																																													
住所																																															
電話番号																																															
<p>検査の結果は、採血してからおおむね1週間以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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>																																															
(ろ紙作成年月)																																															