

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 查 依 賴 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 保護者名		フリガナ		フリガナ 児の名前		
児の出生日		年月日生		性別	男・女	
住所 電話番号		〒一 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（相當：） 殷

東京都福補局子供・子育て支援部事業連携担当課長(担当:)