

**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) | | | | | |
| 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 | | 〒 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 |
| | 受付日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| | 判定日 | 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:)