

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)			
要精密対象者	フリガナ 保護者名		フリガナ 児の名前	
児の出生日	年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 電 話 番 号	〒 ー 東京都 市町村 (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

東京都福祉保健局少子社会対策部事業推進担当課長 殿

検査機関名 : (担当 :)

上記について、居住地の市町村宛連絡願います。

年 月 日

_____保健所保健対策課長 (担当 :) 殿

少子社会対策部事業推進担当課長 (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

(市町村名) _____母子保健主管課長 殿

東京都 _____保健所保健対策課長 (担当医師 :)

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)			
要精密対象者	フリガナ 保護者名		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	〒 ー 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

東京都福祉保健局少子社会対策部事業推進担当課長 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 名)
(中核市名)
(保健所政令市名)

_____ 母子保健主管課長 殿

(担当:)

東京都福祉保健局少子社会対策部事業推進担当課長 (担当:)