

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。)

フリガナ	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

産婦氏名	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

医あ療 機関名	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									
(結果返却先)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

(医療機関コード)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

住 所	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

電話番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

担当医	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

(検体コード)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

児名 (カナ)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																									

採血日	2	0			年					月					日
-----	---	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

性 別	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					g	在 胎 週 数				週
------------	--	--	--	--	---	------------	--	--	--	---

出生日	2	0			年					月					日
-----	---	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

哺 乳 状 況	1.良 2.不良 3.極めて不良		抗生剤 使 用	1.無 2.有	
------------	---------------------	--	------------	------------	--

哺 乳 開始日	2	0			年					月					日
------------	---	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

採血時 体 重					g
------------	--	--	--	--	---

(検体コード)



左の丸印を越すくらい裏面に
充分に、おしよりに
染みておさい。

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 産婦氏名 住 所 電話番号	(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。)												
	フリガナ												
	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)	フリガナ						採血日	2 0	年		月		日
性 別	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				g	在 胎 週 数		週
出生日	2 0		年			月			日	哺 乳 状 況	1.良 2.不良 3.極めて不良	抗生剤 使 用	1.無 2.有
哺 乳 開始日	2 0		年			月			日	採 血 時 体 重			g

(ろ紙作成年月)

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 産婦氏名 住 所 電話番号	(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。)												
	フリガナ												
	産婦氏名												
	住 所												
電話番号													

里帰り等で上記と異なる場合

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。

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。