

(別紙1)

年 月 日

先天性代謝異常
先天性副腎過形成症 検査
先天性甲状腺機能低下症

結果報告書

(医療機関)

御中

検査責任者

今回の検査の結果は、下記のとおりでしたのでお知らせします。なお、疑わしい症状がある場合は再検査して下さい。

受付		受付 番号	氏 名	性 別	生年月日			検 査 内 訳						判定	備 考
月	日				年	月	日	アミノ酸代 謝異常	有機酸代 謝異常	脂肪酸代 謝異常	糖代謝異 常	副腎過形 成症	甲状腺機 能低下症		
検査件数			件	○各検査欄の*印は、当該検査の結果が疑陽性以上であったことを示します。											

(別紙2)

先天性 代謝異常症
副腎過形成症 検査結果のお知らせ
甲状腺機能低下症

医療機関名

氏 名 様 受付番号

生年月日 年 月 日 性別

検査結果

検査の結果は、上記のとおりでしたのでお知らせします。

年 月 日