

先天性代謝異常等検査実施要領

(趣旨)

第1 本要領は、先天性代謝異常等検査実施要綱に定める検査の申出に関し、必要な事項を定めるものとする。

(検査の申出)

第2 要綱第6条に掲げる先天性代謝異常等検査申出書は、別記様式によるものとする。

附則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

別記様式

別記様式(要綱第6条関係)

先天性代謝異常等検査申出書

年 月 日

医療機関

様

保護者の氏名

(続柄)

京都府が実施する先天性代謝異常等の検査を希望します。

新生児の生年月日及び性別	年 月 日 (男・女)
ふりがな 母の氏名	
住 所	
電 話 番 号	— —

- 注 1 電話番号は、連絡を必ずとることができる番号を記入してください。
2 氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができます。
3 退院後おおむね1箇月以内の連絡先が、上記住所及び電話と異なる場合は、次の表に記入してください。

住 所	(様方)
電 話 番 号	— —