

新生児マス・スクリーニング検査結果票

フリガナ		生年月日
新生児氏名		
フリガナ		生年月日
保護者氏名		
住所		
電話番号		

新生児氏名の欄は空白でも可

	先天性代謝異常等検査	ライソゾーム病検査
検査日	年 月 日	
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査

検査実施 医療機関	
検査実施 医師名	