（様式１号）

新生児マススクリーニング検査依頼票

（　医　療　機　関　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）　　　　　　（続柄）

年　　　月　　　日出生の　　　　　　　　　　　の

に対し、新生児マススクリーニング検査の実施を依頼します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　保護者現住所

　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　氏　名

　　　　　退院後の連絡先（上記と異なる場合）

　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　※（日中連絡が取れる電話番号をご記入下さい。）

**検査の趣旨と個人情報の取扱いについて**

　この検査は、新生児の血液を採取して、先天性代謝異常や内分泌疾患を早期に発見し、その後の早期治療により、心身障害の発生を防ぐことを目的とした大切な検査です。

本依頼票にご記入いただいた内容や検査結果などの個人情報については、新生児マススクリーニング検査の実施やその後の適切なフォロー、検査の精度向上のため、必要な範囲内で県、医療機関、検査機関で使用させていただきます。

なお、本依頼票を提出された場合は、個人情報の取扱いについて同意したものとして取扱います。