（別紙３－２）

先天性　代謝異常症　副腎過形成症　甲状腺機能低下症　検査台帳

年　月　日

検査機関名

受付 月	受付 日	受付番号	医療機関番号	氏名	性別	生年月日 年	生年月日 月	生年月日 日	採血 月	採血 日	哺乳状況	備考	内容 アミノ酸代謝異常	内容 有機酸代謝異常	内容 脂肪酸代謝異常	内容 糖代謝異常	内容 副腎過形成症	内容 甲状腺機能低下症	判定	連絡事項

検査件数		記号説明	内容欄		判定欄	A:正常　B:再採血 C:要精査　D:不備