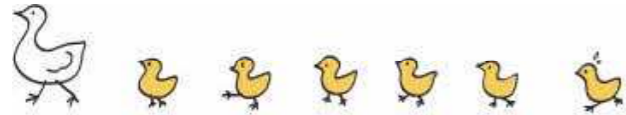


先天性代謝異常等検査のお知らせ



徳島県

徳島県では、生まれて間もない赤ちゃんを対象に、先天性の病気（検査対象の病気は裏面をご覧ください。）を早期に発見し治療につなげるための検査を行っています。

これらの病気は早期に発見し適切な治療が行われることで、心身障害等の発生を予防又は軽減することが期待できます。

◎検査の方法

- ・ 出産した医療機関等にて生まれて4～6日目に赤ちゃんの足の裏から少量の血液を採取して検査します。

◎検査の費用

- ・ 検査料は徳島県が負担します。
- ・ 採血料等は検査申込者の負担となります。

◎結果の通知

- ・ 検査結果は採血した医療機関を通じてお知らせします。
- ・ 再検査や精密検査が必要な場合は、速やかに医療機関又は保健所から連絡いたします。

◎検体の保管等

（案）残った検体は検査機関にて1年間保存され、スクリーニング検査の改善や母子保健・疾病予防の向上などのために利用させていただく可能性があります。

以上のことに同意いただける場合は、
 右の「先天性代謝異常等検査申込書兼同意書」に記入の上、
 出産した医療機関へ提出ください。

先天性代謝異常等検査申込書兼同意書

資料7

（採血医療機関） 殿

住所 （住民票登録）	〒
※退院後住所が異なる場合	〒
電話番号	日中連絡のとれる番号
申込者 （保護者）	（ふりがな）
赤ちゃんの氏名	（ふりがな）
続柄	
赤ちゃんの 生年月日	年 月 日

切り取り線

「先天性代謝異常等検査のお知らせ」を読み、
 内容を理解しましたので、同意し検査を申し込みます。

年 月 日

保護者の署名

◎検査対象疾患について

研究班標準化(案)

◎追跡調査について

〇〇(自治体名)では、新生児マススクリーニングで要精密検査となった赤ちゃんの追跡調査を行いません。精密検査病院の協力によって、本当病気が確認されたか、そうであれば早期発見によって健康に育っているかなどを調べます。この調査により、新生児マススクリーニング事業を患さんにとってもよりよいものへと発展させることが可能となります。

◎検体の保存について

残った検体は〇年間保存し、スクリーニング検査の改善や、母子保健・病予防の向上などのために利用させていただく可能性があります。具体には、個々の利用目的ごとに、医学倫理や個人情報保護等に関する法令に従って可否が決定され、実施に際しては拒否の機会が適切に提供されます

◎個人情報の取り扱い

検査事業で得た個人情報は、検査業務、精密検査、治療を必要な方への援や検査事業が適切に行われているかの検証に使用し、これ以外の目的を使用することはありません。

アミノ酸代謝異常症	フェニルケトン尿症
	ホモシスチン尿症
	メープルシロップ尿症(楓糖尿症)
	シトルリン血症1型
	アルギニノコハク酸尿症
有機酸代謝異常	メチルマロン酸血症
	プロピオン酸血症
	イソ吉草酸血症
	メチルクロトニルグリシン尿症
	ヒドロキシメチルグルタル酸血症
	複合カルボキシラーゼ欠損症
	グルタル酸血症1型
脂肪酸代謝異常	中鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症
	極長鎖アシルCoA脱水素酵素欠損症
	三頭酵素/長鎖3-ヒドロキシアシルCoA脱水素酵素欠損症
	カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-1欠損症
	カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-2欠損症
内分泌疾患	先天性副腎過形成症
	先天性甲状腺機能低下症
糖質代謝異常	ガラクトース血症

◎個人情報の取扱い

本検査事業によって知り得た情報の取扱いについては十分配慮し、個人が特定できないよう留意いたします。

【問合せ先】徳島県保健福祉部健康づくり課 電話：088-621-2220

保護者の方へ

赤ちゃんの健康のため

ぜひこの検査をおすすめします！

徳 島 県

赤ちゃんに、フェニールケトン尿症等の先天性代謝異常、先天性副腎過形成症、クレチン症がある場合、これを早期に発見し治療を行えば、心身障害等の発生を予防することができます。

これらの病気を発見するために生まれて4～6日頃（お乳をよく飲みはじめて3～4日すぎた頃）、赤ちゃんの足の裏から少し血液をとって検査する方法があります。ぜひこの時期に検査を受けられるようにおすすめします。

なお、検査を希望される方は右の検査依頼書に記入して、医療機関に提出されると受けることができます。

- (注) 1. 再検査又は精密検査が必要な場合は、速やかに医療機関又は保健所から連絡いたします。
2. 検査料は、徳島県の負担ですが、採血料、指導管理費及び、ろ紙送付料は、検査申込者の負担となります。

先天性代謝異常検査等依頼書

(採血機関) _____ 殿

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日出生の

(保護者氏名) _____ (続柄) _____ (子の名前) _____

_____ の _____ 男
_____ 女

に対し、先天性代謝異常等の疾患の早期発見のため検査を実施してくださるよう依頼します。

年 _____ 月 _____ 日

保 護 者

現 住 所 _____

T E L _____

氏 名 _____

退院後の連絡先

住 所 _____

T E L _____

切
り
取
り
線