

令和6年3月27日

一般社団法人広島県医師会会長 様

広島県健康福祉局子供未来応援課長
(〒730-8511 広島市中区基町 10-52)

先天性代謝異常等検査実施要領の一部改正について（通知）

本県の母子保健行政の推進については、平素から御理解と御協力をいただき厚くお礼を申し上げます。

このことについて、下記のとおり改正し、令和6年4月1日から適用することとしました。については、別紙のとおり、関係医療機関に通知しているため、御承知おきください。

記

1. 主な改正点

「先天性代謝異常等検査実施要領」第6実施内容について、低出生体重児の再採血時期に「医療施設を退院する時期」を追記。

読点を「、」（コンマ）から「、」（てん）に変更。

2. 改正の理由

別紙「先天性甲状腺機能低下症マススクリーニングガイドライン（2021年改訂版）」（令和3年10月27日 日本小児内分泌学会マススクリーニング委員会、日本マススクリーニング学会）において、早産児・低出生体重児の取り扱いについて示されており、2回目の採血の時期として、生後1ヶ月、体重が2,500gに達した時期、医療施設を退院する時期のいずれか早い時期での実施が推奨されている。

本要領には、生後1ヶ月および体重が2,500gに達した時期のみの記載となっているため、医療施設を退院する時期を追記し、改正する。

担当：プラン推進グループ

電話 （082）513-3171（ダイヤル）

（担当者 吉村）





令和6年3月27日

広島大学病院長 様
クレチン症診療体制協力・連携病院長 様
先天性代謝異常等検査実施医療機関の長 様

広島県健康福祉局子供未来応援課長
(〒730-8511 広島市中区基町 10-52)

先天性代謝異常等検査実施要領の一部改正について（通知）

本県の母子保健行政の推進については、平素から御理解と御協力をいただき厚くお礼を申し上げます。

このことについて、下記のとおり改正し、令和6年4月1日から適用することとしましたので、ご留意ください。

記

1. 主な改正点

「先天性代謝異常等検査実施要領」第6実施内容について、低出生体重児の再採血時期に「医療施設を退院する時期」を追記。

読点を「、」（コンマ）から「、」（てん）に変更。

2. 改正の理由

別紙「先天性甲状腺機能低下症マススクリーニングガイドライン（2021年改訂版）」（令和3年10月27日 日本小児内分泌学会マススクリーニング委員会、日本マススクリーニング学会）において、早産児・低出生体重児の取り扱いについて示されており、2回目の採血の時期として、生後1ヶ月、体重が2,500gに達した時期、医療施設を退院する時期のいずれか早い時期での実施が推奨されている。

本要領には、生後1ヶ月および体重が2,500gに達した時期のみの記載となっているため、医療施設を退院する時期を追記し、改正する。

担当：プラン推進グループ
電話 (082) 513-3171 (ダイヤル)
(担当者 吉村)

新 旧 対 照 表

新	旧
<p>先天性代謝異常等検査実施要領</p> <p>第1～5 (略)</p> <p>第6 実施内容</p> <p>1 医療機関</p> <p>(1) 採血時期</p> <p>正常新生児においては、生後5～7日の間とする。一卵性(1絨毛膜双胎)または性別一致の多胎児は、日齢14までに2回採血を行うことを考慮する。</p> <p>ただし、哺乳量が非常に少ない場合には、哺乳が十分になってから再度採血をすること。</p> <p>また、2,000g以下の低出生体重児の場合は、原則的には生後5～7日で採血することとするが、生後1ヶ月か、体重が2,500gに達した時期、<u>医療施設を退院する時期のうちいずれか早い時点で再度採血することが望ましい。</u></p> <p>(2)～(7) (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>第7～9 (略)</p> <p>附則</p> <p><u>21 この要領は、令和6年3月26日から施行し、令和6年4月1日から適用する。</u></p> <p>別記様式第1号～第8号 (略)</p>	<p>先天性代謝異常等検査実施要領</p> <p>第1～5 (略)</p> <p>第6 実施内容</p> <p>1 医療機関</p> <p>(1) 採血時期</p> <p>正常新生児においては、生後5～7日の間とする。一卵性(1絨毛膜双胎)または性別一致の多胎児は、日齢14までに2回採血を行うことを考慮する。</p> <p>ただし、哺乳量が非常に少ない場合には、哺乳が十分になってから再度採血をすること。</p> <p>また、2,000g以下の低出生体重児の場合は、原則的には生後5～7日で採血することとするが、生後1ヶ月か、体重が2,500gに達した時期のうちどちらか早い時点で再度採血することが望ましい。</p> <p>(2)～(7) (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>第7～9 (略)</p> <p>附則 (略)</p> <p>別記様式第1号～第8号 (略)</p>

先天性代謝異常等検査実施要領

第1 目的

フェニルケトン尿症等の先天性代謝異常及び先天性甲状腺機能低下症は、放置すると知的障害などの症状をきたすので、新生児について血液によるマス・スクリーニング検査を行い、異常を早期に発見することにより、後の治療とあいまって、障害を予防することを目的とする。

第2 実施主体

広島県

第3 検査対象疾病（20 疾患）

アミノ酸の代謝異常症

フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症1型、アルギニノコハク酸尿症

有機酸の代謝異常症

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（HMG）血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、

脂肪酸の代謝異常症

中鎖アシル CoA 脱水素酵素（MCAD）欠損症、極長鎖アシル CoA 脱水素酵素（VLCAD）欠損症、三頭酵素（TFP）/長鎖 3-ヒドロキシアシル CoA 脱水素酵素（LCHAD）欠損症、カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-1（CPT-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（CPT-2）欠損症

その他（糖の代謝異常、ホルモンの分泌異常）

ガラクトース血症、先天性副腎過形成症及び先天性甲状腺機能低下症

第4 検査対象者

広島県に居住する新生児（広島市に居住する新生児を除く。）

第5 実施機関

1 採血

採血は、医療機関等で行うものとする。

なお、採血は原則として、産婦人科医又は小児科医が担当するものとする。

場合によっては、医師の指示により助産師、保健師、看護師、臨床検査技師が採血することもありうる。

2 検査機関

(1) 名称 一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

(2) 所在地 広島市中区千田町三丁目 8-6

(3) 電話 082-247-7197

3 精密検査機関

(1) 広島大学病院小児科

所在地 広島市南区霞一丁目 2-3

電話 082-257-5212

(2) 小児内分泌を専門とする医師が、継続して診療することが可能な医療機関

第6 実施内容

1 医療機関

(1) 採血時期

正常新生児においては、生後5～7日の間とする。一卵性（1絨毛膜双胎）または性別一致の多胎児は、日齢14までに2回採血を行うことを考慮する。

ただし、哺乳量が非常に少ない場合には、哺乳が十分になってから再度採血をすること。

また、2,000g以下の低出生体重児の場合は、原則的には生後5～7日で採血することとするが、生後1ヶ月か、体重が2,500gに達した時期、医療施設を退院する時期のうちいずれか早い時点で再度採血することが望ましい。

(2) 採血部位

新生児の足腫で外側足底動脈付近とする。

(3) 濾紙への血液採取

代謝異常検査用採血濾紙の下部の直径11mmの円4つを十分に満たすように、血を採取するものとする。

ただし、血液の2度塗りは避ける。

この場合、裏面にも十分血液がしみ通っているかどうか確認するものとする。

(4) 濾紙の乾燥

濾紙に採血した血液は、スチームやシンメルブッシュの上に置いたり、直射日光に当てたりしないで、比較的湿度の低い、涼しい所で十分自然乾燥させること。

また、濾紙の○部分は、インク蛍光物質を含む液体やアミノ酸を含んだ輸液剤などで汚さないよう特に注意すること。

(5) 濾紙の郵送先検査機関

乾いた濾紙は、必要事項の記載漏れがないことを確かめた上、所定の封筒に入れ、速やかに（採血当日か遅くとも翌日）一般社団法人広島市医師会臨床検査センターへ送付するものとする。

(6) 再採血（再検査）

別記様式第1号の検体不備又は別記様式第2号の要再検査の通知を受けた場合は直ちに再採血し、検査機関に送付するものとする。

(7) 検査結果の通知

検査機関からの検査結果を新生児の保護者に通知するものとする。

なお、再検査の結果、異常あるいは異常の疑いのある通知を受けた場合は、直ちに新生児の保護者に通知するとともに、精密検査機関へ検査を依頼するものとする。

2 検査機関

(1) 検査の実施

検査機関は、送付された検体について、速やかに検査を行うものとする。

(2) 検査方法

次表に掲げる検査方法により行うものとする。

検査対象疾病	検査方法
アミノ酸の代謝異常症 フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、 ホモシスチン尿症、シトルリン血症1型、アル ギニノコハク酸尿症 有機酸の代謝異常症 メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ	タンデムマス法

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（HMG）血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、 脂肪酸の代謝異常症 中鎖アシル CoA 脱水素酵素（MCAD）欠損症、極長鎖アシル CoA 脱水素酵素（VLCAD）欠損症、三頭酵素（TFP）/長鎖3-ヒドロキシアシル CoA 脱水素酵素（LCHAD）欠損症、カルニチンパルミトイルトランスフェラーゼ-1（CPT-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（CPT-2）欠損症	
ガラクトース血症	ボイトラー法、ガラクトース脱水素酵素・マイクロプレート法
先天性副腎過形成症	エンザイムイムノアッセイ法
先天性甲状腺機能低下症	エンザイムイムノアッセイ法

(3) 結果の通知

検査終了後検査機関は、各種スクリーニング法の判断基準に従って判定し、その結果を速やかに当該医療機関等へ通知するものとする。各種スクリーニング法の判断基準は別途定めるものとする。

なお、緊急を要する異常あるいは異常の疑いのある場合は、早期治療の必要性にかんがみ、当該医療機関等に対し、直ちに電話連絡をし、その後別記様式第2号、第3号及び第4号により当該医療機関へ通知するとともに健康福祉局長へ報告するものとする。

(4) 検体不備

採血不備等により検査不能な検体があった場合は、医療機関等に対し、別記様式第1号により再採血を依頼するものとする。

(5) 検体保管

検査後の検体は、1年間保管しておくものとする。

(6) 採血濾紙の配布

検査機関は検査用セット（採血濾紙・封筒）を、医療機関等に配布するものとする。

3 精密検査機関

スクリーニング検査の結果、当該医療機関等からの要請により、異常あるいは異常の疑いのある児に対し、精密検査及び処置を講ずるものとする。

4 県及び保健所等

(1) 周知徹底

保健所及び市町は、婚前学級、新婚学級等の保健指導の機会及び広報等を利用し、本検査の趣旨等について周知徹底を図るものとする。

(2) 保健指導

検査機関からの結果通知により、再検査及び精密検査を必要とする場合、県は保健所を通じて医療機関等と新生児の保護者に連絡をとり、適切な保健指導を行うものとする。

(3) 先天性代謝異常等検査依頼書の交付

市町長の協力を得て、母子健康手帳を交付する際に、別記様式第5号の先天性代謝異常等検査についての説明書及び先天性代謝異常等検査依頼書を併せて交付するものとする。

第7 実施状況の報告

1 検査機関

検査機関は、検査実施状況を別記様式第6号、第7号により、それぞれ翌月10日までに県健康福祉局長に報告するものとする。

2 精密検査機関

精密医療機関は、精密検査実施状況を別記様式第8号により翌月10日までに県健康福祉局長に報告するものとする。

第8 実施上の留意事項

本事業の実施にあたっては、責任ある体制を確保し、対象者のプライバシーには十分留意すること。

第9 経費

検査料（精密検査を除く。）は、公費負担とする。

採血料等は、自己負担とする。

附 則

- 1 この要領は、昭和52年10月1日から施行する。
- 2 この要領は、昭和54年10月5日から施行し、昭和54年4月1日から適用する。
- 3 この要領は、昭和56年5月9日から施行し、昭和56年4月1日から適用する。
- 4 この要領は、昭和59年4月1日から施行する。
- 5 この要領は、昭和60年7月1日から施行する。
- 6 この要領は、昭和64年1月6日から施行し、昭和64年1月1日から適用する。
- 7 この要領は、平成3年7月18日から施行する。
- 8 この要領は、平成4年9月14日から施行し、平成4年9月1日から適用する。
- 9 この要領は、平成9年6月3日から施行する。
- 10 この要領は、平成11年4月22日から施行し、平成11年4月1日から適用する。
- 11 この要領は、平成14年4月23日から施行し、平成14年4月1日から適用する。
- 12 この要領は、平成15年5月30日から施行し、平成15年4月1日から適用する。
- 13 この要領は、平成20年4月1日から施行する。
- 14 この要領は、平成24年1月5日から施行する。
- 15 この要領は、平成25年2月1日から施行する。
- 16 この要領は、平成27年4月1日から施行する。
- 17 この要領は、平成29年7月25日から施行し、平成29年4月1日から適用する。
- 18 この要領は、令和2年4月1日から施行する。
- 19 この要領は、令和4年10月20日から施行し、令和4年10月20日から適用する。
- 20 この要領は、令和5年3月16日から施行し、令和5年4月1日から適用する。
- 21 この要領は、令和6年3月26日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

(別記様式第1号)

令和 年 月 日

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常スクリーニングにおける検体不備による再採血について (依頼)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。
さて、次の方について、下記の理由により再採血をお願いします。

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	出生時体重	g
採血日	令和 年 月 日	採血時体重	g

再採血依頼理由

--

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常症検査の再採血について (依頼)
(タンデムマス法によるスクリーニング項目)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。
さて、次の方について、スクリーニングの結果再採血が必要となりましたので、至急再採血をお願いします。

なお、第1回検査で軽度上昇でも、第2回検査により、正常となるのがかなりありますので、
家族の方には、念のための再検査と説明していただければよいと思います。
よろしくをお願いします。

御不明な点がありましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。
(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

単位: $\mu\text{mol/L}$

測定項目	スクリーニング値 (血中)	カットオフ値

疑われる疾患名

※ ロイシン値が高値で、不機嫌、嘔吐、後弓反張、痙攣、メープルシロップ様の甘い尿臭など
メープルシロップ尿症にみられる症状があるときは、再検査の結果を待たず、直ちに下記の専門
病院で精密検査を受けてください。

病院名	広島大学病院小児科
住所	広島市南区霞一丁目2-3
電話番号	082-257-5473

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常症検査の再採血について (依頼)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。
さて、次の方について、スクリーニングの結果再採血が必要となりましたので、至急再採血をお願いします。

なお、第1回検査で軽度上昇でも、第2回検査により、正常となることがかなりありますので、
家族の方には、念のための再検査と説明していただければよいと思います。
よろしくをお願いします。

御不明な点がございましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。
(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

○ 対象疾患 測定項目	スクリーニング値 (血中)	カットオフ値
○ ガラクトース血症 Gal Gal-1-P T-Gal UT活性	mg/dl	

※ ガラクトースウリジルトランスフェラーゼの活性が低下している場合で、嘔吐・重症黄疸・
肝肥大・体重増加不良などの症状があるときは、再検査の結果を待たずに直ちに下記の専門の
病院で精密検査を受けて下さい。この場合、乳糖を含まないミルクを与えてください。

病院名	広島大学病院小児科
住所	広島市南区霞一丁目2-3
電話番号	082-257-5473

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性甲状腺機能低下症（クレチン症）検査の再採血について（依頼）

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。

さて、次の方について、スクリーニングの結果再採血が必要となりましたので、至急再採血をお願いします。

なお、第1回検査で軽度上昇でも、第2回検査により、正常となることがかなりありますので、家族の方には、念のための再検査と説明していただければよいと思います。

よろしくをお願いします。

御不明な点がございましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。

(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

○ 対象疾患 測定項目	スクリーニング値 (血中)	カットオフ値
○ 先天性甲状腺機能低下症 (クレチン症) TSH	$\mu\text{U/ml}$	

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性副腎過形成症検査の再採血について (依頼)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。

さて、次の方について、スクリーニングの結果再採血が必要となりましたので、至急再採血をお願いします。

なお、第1回検査で軽度上昇でも、第2回検査により、正常となることがかなりありますので、家族の方には、念のための再検査と説明していただければよいと思います。

よろしくをお願いします。

御不明な点がございましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。
(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

○ 対象疾患 測定項目	スクリーニング値 (血中)	カットオフ値
○ 先天性副腎過形成症 17-OHP 直接法 抽出法	ng/ml ng/ml	

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常スクリーニングにおける精密検査の実施について (依頼)
(タンデムマス法によるスクリーニング項目)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。
さて、次の方について、下記のとおり疑いを認めましたので精密検査の必要があります。出来るだけ早く専門病院を受診し、確定診断のための精密検査を受け、その結果、診断名がつけば早期に治療を開始する必要があります。

については、保護者の方に精密検査機関への受診を勧めてください。

また、下記病院に専門医がおりますので御相談ください。

御不明な点がございましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。

(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 精査理由

--

病院名	広島大学病院小児科
住所	広島市南区霞一丁目2-3
電話番号	082-257-5473

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常スクリーニングにおける精密検査の実施について (依頼)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。
さて、次の方について、再検査の結果精密検査が必要となりましたので、出来るだけ早く専門
病院小児科で精密検査を受け、その結果、診断名がつけば早期に治療を開始する必要があります。
については、保護者の方に精密検査機関への受診を勧めてください。
また、下記病院に専門医がおりますので御相談ください。

御不明な点がございましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。
(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

○ 対象疾患 測定項目	スクリーニング値 (血中)	カットオフ値
○ ガラクトース血症 Gal Gal-1-P T-Gal UT活性	mg/dl	

病院名	広島大学病院小児科
住所	広島市南区霞一丁目2-3
電話番号	082-257-5473

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常スクリーニングにおける精密検査の実施について（依頼）

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。

さて、次の方について、先天性甲状腺機能低下症の疑いがありますので、出来るだけ早く小児内分泌学の専門病院へ受診し、確定診断のための精密検査を受け、その結果、診断名がつけば早期に治療を開始する必要があります。

については、保護者の方に精密検査機関への受診を勧めてください。

御不明な点がございましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。

(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

○ 対象疾患 測定項目	スクリーニング値（血中）	カットオフ値
○ 先天性甲状腺機能低下症 （クレチン症） TSH	$\mu\text{U/ml}$	

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

先天性代謝異常スクリーニングにおける精密検査の実施について (依頼)

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。

さて、次の方について、先天性副腎過形成症の疑いがありますので、大至急、保護者の方に精密検査機関への受診を勧めてください。

御不明な点がありましたら、一般社団法人広島市医師会臨床検査センターまで連絡ください。

(082-247-7197)

1. 新生児氏名等

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

2. 検査結果

○ 対象疾患 測定項目	スクリーニング値 (血中)	カットオフ値
○ 先天性副腎過形成症 17-OHP 直接法	ng/ml	
抽出法	ng/ml	

病院名	広島大学病院小児科
住所	広島市南区霞一丁目2-3
電話番号	082-257-5473

(別記様式第4号)

令和 年 月 日

様

一般社団法人広島市医師会臨床検査センター

再検査の結果（正常）について（通知）

先天性代謝異常スクリーニングについて、いつも御協力いただきありがとうございます。
さて、次の方について、 の再検査の結果、
『正常』となりましたのでお知らせします。

記

受付日	令和 年 月 日	検体番号	
医療機関名			
母氏名		児名	
生年月日	令和 年 月 日	採血日	令和 年 月 日

(別記様式第5号)

先天性代謝異常等検査のお知らせ

生まれてきた赤ちゃんには、ある種の酵素が不足する先天性代謝異常や、ホルモン分泌の異常など、健やかな発育に影響する可能性のある生まれつきの病気が隠れていることがあります。

これらの病気に適切な対応をとらないと、心身の成長・発達に遅れが生じたり、病気によっては時に生命の危険を伴う場合もありますが、早期に発見して適切な治療を開始すれば、障害などの発生を未然に防ぐことができます。

このような目的で、広島県では20疾患の検査を行なっています。

つきましては、以下の説明をよくお読みの上、ぜひ検査をお受けください。

どのような検査をするのですか？

出産された医療機関等で、生後5～7日の赤ちゃんの足の裏から少量の血液を採取します。

採取した血液は専門の検査機関に送り、検査を行います。

結果はいつごろ判るのですか？

検査の結果は、検査機関から採血をした医療機関に報告されます。保護者の方には採血をした医療機関から連絡をします。検査の結果、精密検査が必要と判断された場合は、速やかに精密検査を受けてください。

精密検査が必要となった赤ちゃんがすべて病気にかかっているというわけではなく、異常なしと判断される場合や、病気はあるけれども直ちに治療を開始する必要はないと判断される場合もあります。

なお、検査の結果、精密検査が必要な場合は、保健所などの関係機関へ情報提供し、保健師から連絡をさせていただくこともありますので御了承ください。御心配なことなどがありましたら、お気軽に御相談ください。

検査の費用はどのくらいかかるのですか？

検査の費用は無料です。ただし、医療機関で行う採血に係る費用は自己負担となります。

検査を受けるにはどうすればいいのですか？

この検査を希望する方は、別紙の「先天性代謝異常等検査申込書」に必要事項を記入・押印のうえ、できるだけ早めに採血を行う医療機関に提示してください。

なお、採血はお産を扱っている県内の医療機関でしたら、ほとんどのところで対応できます(助産所も数カ所あります)が、わからないときは、最寄りの保健所や市町窓口等にお問い合わせください。

検査を終えた後の検体(血液)はどのようにされるのですか？

検査終了後、検査を行った検査実施機関で1年間保管し、検査法の改良や他の病気の検査法の開発に用いられることもありますので、御了承ください。

その他御不明の点は・・・

最寄りの保健所又は広島県健康福祉局子供未来応援課 電話 082-513-3171
までお問い合わせください。

広島県健康福祉局

(別記様式第5号-2)

先天性代謝異常等検査依頼書

「先天性代謝異常等検査のお知らせ」を読み、これらのことを理解した上で先天性代謝異常等検査を申し込みます。

採血医療機関

御中

令和 年 月 日

保護者 住所 電話 ()
氏名 ㊟ (又は自署)

里帰りなどで上記と異なる場所にいる場合は、当面の連絡先を記入してください。

住所
電話 ()

(別記様式 6 号)

令和 年 月分先天性代謝異常等検査実施報告書

区分		初 回 検 査			再 検 査		
検 査 件 数							
検 査 成 績		正常	陽性	不能	正常	陽性	不能
内 訳	代謝異常検査	検 査 件 数					
		フェニルアラニン					
		メチオニン					
		ロイシン					
		ガラクトース					
		17-OHP					
		タンデム					
	TSH	検 査 件 数					
	TSH						
検査総数 (初回検体+再検査)							
備 考 :							

令和 年 月 日

検査実施機関 住 所
氏 名

㊟

広島県健康福祉局長様

