

交付年月日 _____ 年 月 日

先天性代謝異常等検査無料受診票

京都市 区役所・支所子どもはぐくみ室

妊産婦氏名 _____

受けられる方へ

- ・この受診票は入院されたらすぐ主治医に提出してください。
- ・この受診票は京都市内の医療機関しか利用できません。
- ・1 回目の検査の結果、再検査が必要と判定された場合、再検査のための受診票を交付しますので、居住地の区役所・支所子どもはぐくみ室へ申請してください（母子健康手帳をご持参ください）。
- ・検査日に京都市に住民票を有していない場合、この受診票は使用できません。

医療機関の方へ

- ・この受診票を提出された方については、無料で採血・指導をお願いします。
- ・採血・指導料は各月ごとにまとめて京都市子ども若者はぐくみ局子ども若者未来部子ども家庭支援課へ提出してください。
- ・この受診票は、先天性代謝異常等検査請求書（様式第 7 号）、先天性代謝異常等検査実績報告書（様式第 8 号）に添えて提出してください。