

栃木県先天性代謝異常等検査精密検査結果個票

年 月 日、[電話・訪問]にて状況確認

患者氏名	男・女	母の名前
患者生年月日	20 年 月 日	
患者住所		
疑疾患名		
確定診断名		

- [I] 精密検査の受診状況について

☐ 受診済み

年 月 日 医療機関名 []

☐ 受診予定

年 月 日 医療機関名 []

☐ 受診予定なし

理由等 []
- [II] 訪問支援について

☐ 訪問済み

年 月 日

☐ 訪問予定

年 月 日

☐ 訪問予定なし

理由等 []
- [III] 精密検査結果の診断について

☐ 診断は確定（偽陽性の場合も含む）

確定診断名 []

☐ 診断は暫定的 ～ 未定

考えられる診断名 []

診断への状況

☐ 今後、確定診断の手順を進める予定

☐ 無治療で経過観察中

☐ その他 []
- [IV] 現在の状態

☐ 入院・通院中

医療機関名 []

☐ 治療終了

☐ その他

[]
- [V] 治療内容（入院・通院中の場合のみ）

☐ 食事療法

☐ 薬物療法

☐ 治療なし（経過観察）

☐ その他

[]
- [VI] 公費医療費制度受給状況について

☐ 小児慢性特定疾患治療研究事業

☐ その他

[]
- [VII] その他

所属名	
担当者	