

情報提供書

小児科医療機関 御中

平成 年 月 日

医療機関の
住所・名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		生年月日	平成 年 月 日	男 ・ 女
--------------	--	------	----------	-------------

○傷病名及び紹介目的	HTLV-1 母子感染うたがい (キャリアの母親から生まれたお子さんの感染の有無について、3歳以降の検査が推奨されています)
○母親の抗体検査結果	①確認検査結果 (WB 法) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 ②PCR 検査結果 <input type="checkbox"/> 実施 (<input type="checkbox"/> 陽性) <input type="checkbox"/> 未実施
○栄養方法	<input type="checkbox"/> 完全人工栄養 <input type="checkbox"/> 短期母乳栄養 (満3ヶ月までに人工栄養に切り替える) <input type="checkbox"/> 凍結母乳栄養 <input type="checkbox"/> 母乳栄養
○備 考	