

(回報篩檢陽性個案確認診斷報告單)

採集機構：_____

日 期：_____

敬啟者，您好！

謝謝您參與新生兒篩檢工作，讓懷疑患有先天性代謝異常疾病的新生兒可早期得到確認診斷、適當治療及預防諮詢，以防範後遺症的發生。

貴單位的_____篩檢陽性個案，已由篩檢中心轉介至衛生署指定之_____轉介醫院作確認診斷。隨函附上這些個案的確認報告單，共_____份，請查收並歸入病歷，以供貴院醫師作為該個案往後治療的參考。若有任何問題，歡迎以書信或電話聯絡！！

xxxxxx新生兒篩檢中心

地 址：xxxxxxxxxxx

電 話：(xx)xxx-xxxx

傳 真：(xx)xxx-xxxx

聯絡人：xxx