新生児聴覚検査医療機関連絡票（電話連絡用）

日　時：　　年　　月　　日	
受理者：	
医療機関名：	連絡者：

受理内容

住所	東京都		
フリガナ 母の氏名		電話	日中、連絡が取れる番号をご記入ください。
母の生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　　（　　歳）		
初産・経産の別	初産　・　今までのお産（　　回）		
※多胎の場合	第（　　）子		

出産日	平成　　年　　月　　日		
出産週数	週	出生時体重	g
検査結果	使用機器	右耳	左耳
	１．ＯＡＥ	１．パス　・　２．リファー	１．パス　・　２．リファー
	２．自動ＡＢＲ	１．パス　・　２．リファー	１．パス　・　２．リファー
総合判定	１．異常を認めない ２．耳鼻科受診が必要 ３．その他　（　　）		
区市町村への連絡事項	１．訪問指導を要する ２．当院にて　｛治療／指導｝ ３．要精密検査 紹介先　｛有（　　）／無｝ ４．その他（　　）		

新生児聴覚検査の結果は上記のとおりです。　平成　□□　年　□□　月　　日

所　在　地

医療機関名

医　師　名

備考