（案）

----------新生児聴覚検査のごあんない----------

◎利用できる方‥‥この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。

◎利　用　回　数‥‥この受診票による新生児聴覚検査は、出生後１枚につき１回受けられます。

◎利 用 の 時 期‥‥この受診票は、主治医と相談の上、原則としてできるだけ出生後１か月以内にご利用ください。

◎今後、子育ての相談や適切な支援をするために、検査結果を区市町村の保健師へ連絡させていただきますので、ご理解とご了承をお願いします。

A10―6―B（06.2）

新生児聴覚検査受診票

新生児聴覚検査受診票（甲）

医療機関控

下記の者の子の新生児聴覚検査を依頼します。

都内委託医療機関様

産婦の方へ

◎この受診票は、主治医と相談の上、新生児聴覚検査使用時にご利用ください。

◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。

◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。

◎この受診票は、右の検査項目については、公費負担の対象となります。その他の検査項目で公費負担額を超えた場合に自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

住所コード　　太わくの中は、交付時に自分で記入してください。

住所	東京都		
母の氏名		電話	
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）		
出　産　日	平成　年　月　日		

この受診票は複写式です。強く書いてください。

この欄は検査をした医師が記入してください。

検査日時	年　月　日	
検査方法	自動ABR　・　OAE	
検査結果	右	パス（異常なし）・リファー（要再検）
	左	パス（異常なし）・リファー（要再検）
総合判定	1．異常を認めない。 2．耳鼻科医療機関紹介 紹介先（　　） 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 4その他（　　）	

新生児聴覚検査の結果は上記のとおりです。　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医　師　名

医療機関コード