

様式1

【産科医療機関記入欄】産科医療機関(切り取らず送付)→精密聴力検査機関

新生児聴覚検査精密検査依頼票

精密聴力検査機関名 様

ふりがな 児氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日生
保護者氏名		電話番号	
住所			
【出生時所見】 在胎週数: 週 出生体重: g			
【新生児聴覚検査結果】			
検査日: 平成 年 月 日 使用機器 (自動 ABR・OAE・その他())			
右耳 [パス・リファア] 左耳 [パス・リファア]			

平成 年 月 日

医療機関名: _____

担当医氏名: _____

【精密聴力検査機関記入欄】精密聴力検査機関(1枚目を切り取って送付)→産科医療機関へ送付(2枚目)・市町へ送付(3・4枚目)

精密検査結果連絡票

受診日: 年 月 日
結果: 異常なし・経過観察・片側難聴(右・左)・両側難聴・その他()
その他特記事項:

※本連絡票を、お住まいの市町保健師等に送付することについて、保護者の了解を得ています。

平成 年 月 日

医療機関名: _____

担当医氏名: _____

※上記精密検査の結果、「異常なし」の場合は、記載不要です。

【市町記入欄】市町→精密聴力検査機関へ送付(4枚目)

新生児聴覚検査等育児支援報告書

下記のとおり対応状況を報告します。

支援方法	家庭訪問・電話・面接・その他()
支援内容	【児の状況】 【保護者の状況】
治療の状況	
療育の状況	既開始・開始予定(年 月から)・紹介 ※開始、開始予定の場合は実施機関 () 紹介した場合は紹介先機関 ()
その他特記事項	
今後の支援方針	

平成 年 月 日

【連絡者】市町名(所属): _____

担当者氏名: _____

連絡先: _____