

第2号様式 表紙

-----**新生児聴覚検査のごあんない**-----

赤ちゃんは産まれてから、色々な音を聞いたり、声を出したりして、話し始めるための準備をしています。ことばの発達上で、とても大切な時期です。生まれつき、聴覚に何らかの障害を持つ赤ちゃんは1,000人に1〜2人といわれています。出生後早期に、赤ちゃんが眠っている間に行う聴覚検査があります。

都内の区市町村では、この聴覚検査の費用の一部を助成する制度を実施しています。

◎**利用できる方**……この受診票は都内在住の方が、検査可能な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、原則として入院中、もしくはできるだけ出生後1か月頃までにご利用ください。(ただし、事情により出生後1か月頃までに受けられない場合には、生後50日に達する日まで利用できます。)

◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

第2号様式 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。 <u>都内委託医療機関様</u> 産婦の方へ ◎この受診票は、主治医と相談の上、新生児聴覚検査の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。 ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。 住所コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 上記内容を了承の上で、検査を申し込みます。 (下記の内容を、太字の中をご記入ください。)		<small>この欄は検査をした医師が記入してください。 ※リファアの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。</small>	
		出産日 平成 年 月 日	検査結果
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.リファア	1.パス ・ 2.リファア
	2. 自動ABR	1.パス ・ 2.リファア	1.パス ・ 2.リファア
区市町村への連絡事項	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 ()		
	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 ()		
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		
		新生児聴覚検査の結果は上記のとおりで 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日	
		所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード <input type="text"/>

第2号様式 新生児聴覚検査受診票

<p>新生児聴覚検査受診票(乙) 母子健康手帳貼付</p> <p>産婦の方へ お子様の新生児聴覚検査の結果は右のとおりです。 キリトリ線から切りはなして、母子健康手帳の検査の記録欄に貼ってください。 ◎この受診票は、主治医と相談の上、新生児聴覚検査の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。 ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。</p>		<p>この欄は検査をした医師が記入してください。 ※リファアの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。</p>		
		<p>出生日</p>	<p>平成 年 月 日</p>	
<p>出産週数</p>	<p>週</p>	<p>出生時体重</p>		<p>g</p>
<p>検査結果</p>	<p>使用機器</p>	<p>右耳</p>	<p>左耳</p>	
	<p>1. OAE</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>	
<p>2. 自動ABR</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>		
<p>総合判定</p>		<p>1. 異常を認めない 2. 耳鼻科受診が必要 3. その他 ()</p>		
<p>区市町村への連絡事項</p>		<p>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 ()</p>		
<p>住所</p>	<p>東京都</p>			
<p>フリガナ 母の氏名</p>	<p>電話</p>	<p>日中、連絡が取れる番号をご記入ください。</p>		
<p>母の 生年月日</p>	<p>昭和・平成 年 月 日生 (歳)</p>			
<p>初産・経産の別</p>	<p>初産 ・ 今までのお産 (回)</p>			
<p>※多胎の場合</p>	<p>第 () 子</p>			
<p>住所コード</p>	<p>上記内容を了承の上で、検査を申し込みます。</p>			
<p>新生児聴覚検査の結果は上記のとおりで平成 年 月 日</p>				
<p>所在地</p>				
<p>医療機関名</p>				
<p>医師名 医療機関コード</p>				

第2号様式 新生児聴覚検査受診票

<p>新生児聴覚検査受診票(丙) 請求原票 結果通知票</p> <p>医療機関へのお願い この受診票(丙)は当月分をおとりまとめのうえ「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。</p>		<p>この欄は検査をした医師が記入してください。 ※リファアの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。</p>		
		<p>出生日</p>	<p>平成 年 月 日</p>	
<p>出産週数</p>	<p>週</p>	<p>出生時体重</p>		<p>g</p>
<p>検査結果</p>	<p>使用機器</p>	<p>右耳</p>	<p>左耳</p>	
	<p>1. OAE</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>	
<p>2. 自動ABR</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>	<p>1.パス ・ 2.リファア</p>		
<p>総合判定</p>		<p>1. 異常を認めない 2. 耳鼻科受診が必要 3. その他 ()</p>		
<p>区市町村への連絡事項</p>		<p>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 ()</p>		
<p>住所</p>	<p>東京都</p>			
<p>フリガナ 母の氏名</p>	<p>電話</p>	<p>日中、連絡が取れる番号をご記入ください。</p>		
<p>母の 生年月日</p>	<p>昭和・平成 年 月 日生 (歳)</p>			
<p>初産・経産の別</p>	<p>初産 ・ 今までのお産 (回)</p>			
<p>※多胎の場合</p>	<p>第 () 子</p>			
<p>住所コード</p>	<p>上記内容を了承の上で、検査を申し込みます。 (下記の、太わくの中をご記入ください。)</p>			
<p>新生児聴覚検査の結果は上記のとおりで平成 年 月 日</p>				
<p>所在地</p>				
<p>医療機関名</p>				
<p>医師名 医療機関コード</p>				