資料７

第2号様式　新生児聴覚検査受診票（パスの場合の記入例）

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

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。）

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		

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。
※リファーの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。

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

医療機関コード

第2号様式　新生児聴覚検査受診票（リファーの場合の記入例）

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

ある場合には、お住まいの区市町村に

◎この検査項目で公費負担額を超えた

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

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。）

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		

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。
※リファーの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。

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（○○病院）／無｝ 4. その他（　　）

大学病院等で同施設内の耳鼻科受診する場合は、「2. 当院にて治療・指導」を○で囲む。

必ず、囲んでください。

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

医療機関コード