

<新生児聴覚検査様式第5号>

月 日
月 日
月 日

- 1. スクリーニング検査機関 → 新生児聴覚スクリーニングセンター（検査依頼）
- 2. 新生児聴覚スクリーニングセンター → スクリーニング検査機関（候補日の情報提供）
- 3. スクリーニング検査機関 → 新生児聴覚スクリーニングセンター（希望日の選択）

精密検査依頼票

住 所
医療機関名
電話番号/FAX番号
医 師 名

下記のとおり、精密検査が必要と判断しましたので、よろしくお願ひします。

年 月 日

保護者名			電話番号	
住所				
ふりがな 児の名前			性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	在胎週数 週 日	出生児体重	g
特記事項				

	初回検査	CMV核酸検査（尿）	確認検査
実施日	年 月 日	月 日	年 月 日
検査方法	自動ABR OAE その他（ ）	検査結果 陰性 陽性	自動ABR OAE その他（ ）
結果 右耳	異常なし 要確認検査		異常なし 要精密検査
左耳	異常なし 要確認検査		異常なし 要精密検査

検査前処置 <small>（耳垢等の除去など）</small>	未実施 実施（年 月 日） 実施機関名
------------------------------------	------------------------

（以下は精密検査機関にて記入）

精密検査予約票

ご紹介いただいた児の精密検査について、下記のとおり予定します。

※なお、保護者への説明についてよろしくお願ひします。

年 月 日

精密検査実施機関名	
連絡先（電話番号）	

〔検査予定日〕

希望日（※）	精密検査が可能な日	
	月 日	時
	月 日	時
	月 日	時

※スクリーニング検査機関はこの3日間の中から検査を希望する日を選び、『○』を記入の上、新生児聴覚スクリーニングセンターまで御返信ください。