

小児科



新生児聴覚スクリーニングセンター

FAX 0985-85-7029

月 日

1. 小児科 → 聴覚スクリーニング（検査依頼）

月 日

2. 聴覚スクリーニング → 小児科（候補日の情報提供）

月 日

3. 小児科 → 聴覚スクリーニング（希望日の選択）

聴覚検査依頼票

住 所	
医療機関名	
医 師 名	
電 話 番 号	
FAX 番 号	

下記のとおり、聴覚検査が必要と判断しましたので、よろしくお願いします。

平成 年 月 日

保護者名			
住所			
電話番号			
児の名前		性別	男 女
児の生年月日	平成 年 月 日生	年齢	歳 か月
<所見欄>			
<希望する検査機関>			
☐ 宮崎大学附属病院 ☐ 県立延岡病院 ☐ 国立都城病院			

（以下は関係機関にて記入）

聴覚検査予約票

ご紹介いただいた児の聴覚検査について、下記のとおり予定します。

〔医療機関名〕

☐

宮崎大学附属病院

☐

県立延岡病院

☐

国立都城病院

〔検査予定日〕

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

※この3日間の中で御都合の良い日に『○』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。

（調整が難しいときは、同センターから再調整の連絡が有る場合があります。）