

月日

月日

月日

月日

1. スクリーニング検査機関 → 聴覚スクリーニング（検査依頼）

2. 聴覚スクリーニング → 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 → 聴覚スクリーニング（希望日の選択）

4. 聴覚スクリーニング → 一次精密機関（検査実施日予約）

一次精密検査依頼票

住 所
医療機関名
電話番号
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、よろしくお願いします。

平成 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
児の生年月日	平成 年 月 日生	出生児体重	g
特記事項			

	一次検査	確認検査
実施日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
検査方法	AABR OAE その他（ ）	AABR 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 (耳垢等の除去など)	未実施 実施（平成 年 月 日） 実施機関名
-------------------------	---------------------------

(以下は関係機関にて記入)

一次精密検査予約票

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いします。平成 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（※）	一次精密検査が可能な日
	月 日 時頃
	月 日 時頃
	月 日 時頃

※スクリーニング検査機関は、この3日間の中で御都合の良い日に『○』を記入の上、新スクセンターまで御返信ください。（調整が難しいときは、新生児スクリーニングセンターから再調整の連絡が有る場合があります。）