

市町村
母子保健担当課

新生児聴覚スクリーニングセンター

FAX 0985-85-7029

- 月 日 1. 市町村 → 聽覚クリニック（検査依頼）
月 日 2. 聽覚クリニック → 市町村（候補日の情報提供）
月 日 3. 市町村 → 聽覚クリニック（希望日の選択）

聴覚検査依頼票

市町村名	
担当者名	
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

国立都城医療センター

（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

国立都城医療センター

〔検査予定日〕

希望日（※）	検査が可能な日		
	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ある場合があります。）