**精　密　検　査　依　頼　票**

　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　病院 耳鼻咽喉科 御中

（新生児聴覚スクリーニング実施機関）

医療機関名

住所地

電話番号

医師名

　新生児聴覚スクリーニング結果は下記のとおりでしたので、今後の検査等お願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者 | 氏名 |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 児 | （ふりがな）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 | 生年月日　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 初回検査 | 実施日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　（日齢　　　日） |
| 使用機種 | 　自動ABR　　　　　機種名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果 | 　右耳　　パス　・　リファー　左耳　　パス　・　リファー |
| 再検査 | 実施日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　（日齢　　　日） |
| 使用機種 | 　自動ABR　　　　　機種名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果 | 　右耳　　パス　・　リファー　左耳　　パス　・　リファー |

|  |  |
| --- | --- |
| 在胎週数 | 　　　　　　　週　　　　　日 |
| 出生時体重 | 　　　　　　　　　　　　　ｇ |
| Apgarスコア | １分　　　　点、　　５分　　　　点 |
| 難聴リスクファクター（該当するものがあれば○） | （　　）家族内に難聴者がいる　　　　（　　）頭頸部奇形（　　）胎内感染　　　　　　　　　　（　　）耳毒性薬剤の使用（　　）低体重児　　　　　　　　　　（　　）重症新生児呼吸障害（　　）高ビリルビン血症 |
| 備考 |  |

※市町母子保健担当課（保健師）への支援依頼（　済　・　未　・　保護者同意なし　）