**新生児聴覚スクリーニング要再検者連絡票**

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　市町長　様

施設名

住所地

電話番号

連絡者

新生児聴覚スクリーニングの結果、要再検査となりましたので、今後のフォローアップをお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | 氏名 | 続柄 | 父　・　母 |
| 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） |
| 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） |
| 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 |
| 紹介先医療機関 | 耳鼻咽喉科　　　　　　　　　　先生 |
| 備考 |  |

☆この連絡票を送ることは保護者の了解を得ています。また、場合により関係機関に情報提供されることについても了解を得ています。

☆新生児・聴覚検査情報データベースシステム登録への同意　　　□ あり　　□ なし

　（いずれかにチェックをお願いします。）