

新生児聴覚検査結果票

<保護者記入>

(ふりがな) お子さんの氏名		生年月日	年	月	日
(ふりがな) 保護者の氏名		続柄			
住所		電話番号			
★検査日時点で「飯塚市・嘉麻市・桂川町に住民票のない方」は、自己負担が発生しますので、ご注意ください。					
<input type="checkbox"/> 検査の結果については、地域保健担当保健師や福岡県乳幼児聴覚支援センターへ報告され、保健指導や支援に活用されることに同意します。					

<医療機関記入>

検査実施 医療機関	名 称	
	担当者名	
	所 在 地	
	T E L	
初回検査	検 査 日	年 月 日
	検査方法	自動ABR ・ OAE
	結 果	右) パス ・ リファー 左) パス ・ リファー

* 確認検査を実施し、精密検査機関へ紹介となった場合は、下記へ記載してください。

確認検査	検 査 日	年 月 日
	検査方法	自動ABR ・ OAE
	結 果	右) パス ・ リファー 左) パス ・ リファー
精密検査機関名 (紹介先)		
備考		

1. 医療機関は、備考欄に染色体異常等の基礎疾患や超低出生体重児等の情報を記載してください。
2. 医療機関は、確認検査で「リファー」となり、保護者から同意をいただいた場合のみ、福岡県乳幼児聴覚支援センターへ本票を提出してください。