

宇城市

新生児聴覚スクリーニング検査結果票

| 受検者記入欄(太枠内を記入して受診してください。) | | |
|---------------------------|-----|------|
| フリガナ | | 生年月日 |
| 新生児氏名 | | |
| フリガナ | | 生年月日 |
| 保護者氏名 | | |
| 住所 | 宇城市 | |
| 電話番号 | | |

- (注)1 新生児聴覚検査を受けるときは、この票を必ず医療機関等に提出してください。
 宇城市委託医療機関以外で検査された場合は、検査費用を全額自己負担いただきます。
 後日、宇城市健康づくり推進課(宇城市保健福祉センター)へ申請していただいた後、
 払い戻しを行います。詳しくは、市のホームページをご覧ください。
- 2 この票は、検査日において本市に住民票がない場合は使用できません。
- 3 新生児氏名の欄は空欄でも提出可能です。

| 検査医療機関記入欄 | | |
|-----------------------|--|--|
| 上記の新生児について次の検査を依頼します。 | | |
| 検査医療機関長 様 | | 宇城市長 末松直洋 |
| | 初回検査 | 確認検査 |
| 検査日 | 令和 年 月 日 生後()日 | 令和 年 月 日 生後()日 |
| 検査機器 | <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE | <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE |
| 検査結果 | 右耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー | 右耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー |
| | 左耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー | 左耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー |

上記の通り検査を実施しました。

| |
|---------------|
| 検査実施 医療機関名 |
| 所在地 |
| 医師名 |