

春日市新生児聴覚検査結果票

新生児聴覚検査実施医療機関等の方へ

ご本人が「春日市新生児聴覚検査受診券」をお持ちでない場合、この用紙に記載後、ご本人に交付してください。費用助成の申請に必要です。

フリガナ 新生児氏名 <small>(決まっている場合)</small>		生年月日	年 月 日
		出生体重	g
母親の氏名		TEL	
住民票のある住所			

検査結果

□該当欄にレをつけてください。

出産施設	□自院出産 □他院出産()		
初 回 検 査	検査日	検査方法	結果
	年 月 日	□AABR (自動調整脳幹反応)	右耳
	(生後 日目)	□OAE (耳音響放射)	左耳
			□異常なし(Pass) □要再検(Refer)
確 認 検 査	検査日	検査方法	結果
	年 月 日	□AABR (自動調整脳幹反応)	右耳
	(生後 日目)	□OAE (耳音響放射)	左耳
			□異常なし(Pass) □要再検(Refer)

判定	□異常なし □要精密
要精密の 紹介先医療機関	
検査機関の名称	
所在地	
担当医師名	

※検査結果を母子健康手帳に記載してください。

(注)