

お住まいの自治体においては、市町村保健センターの保健師が、赤ちゃんの健康や子育ての悩み全般について相談をお受けしています。

今回、当院で実施した赤ちゃんの新生児聴覚スクリーニング検査については、結果を住所地の市町村の母子保健担当課に連絡することにより、お住まいの地域における各種の育児支援サービスや、医療費などの公費負担制度について、スムーズに情報を得られるようになります。

市町村または保健所への連絡については、同意を強制するものではありませんが、当院としては、是非、連絡をとり、地域と連携して赤ちゃんやご家族の方々を支援していきたいと考えております。

検査結果の情報は、他の目的には使用しません。お子様のプライバシーを守ることについても、十分に注意を払います。

主旨をご理解いただけましたら、下の同意書にご記入をお願いします。

ご不明な点は、下記の担当者までお問い合わせください。

医療機関名 _____ 担当科 _____ Tel _____

同意書

私は、子どもの新生児聴覚スクリーニング検査結果について、住所地の市町村の母子保健担当課に連絡することに同意します。

保護者氏名 _____ 赤ちゃんとの続柄 (_____)

保護者住所 〒 _____
電話番号 _____

年 月 日