

連絡票

(新生児聴覚スクリーニング検査関係) 様式8

\_\_\_\_\_市・町・村 母子保健担当課 様  
年 月 日

検査実施医療機関名

〒\_\_\_\_\_— \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_  
連絡者 \_\_\_\_\_

下記の児について、今後の指導をお願いしたく連絡いたします。

記

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (児との続柄 \_\_\_\_\_ )

保護者住所 \_\_\_\_\_

児の氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 女 (いずれかを○で囲んでください)

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

出生時情報 在胎週数\_\_\_\_\_週 出生時体重\_\_\_\_\_g

聴覚検査機種 耳音響放射検査(OAE)・自動聴性脳幹反応(自動ABR)  
聴性脳幹反応(ABR) (どれかに○)

検査結果

				右耳		左耳	
年	月	日(日齢)	)	Pass	Refer	Pass	Refer
	月	日(日齢)	)	Pass	Refer	Pass	Refer
	月	日(日齢)	)	Pass	Refer	Pass	Refer

紹介先 \_\_\_\_\_

保護者へ行った指導

[Empty box for guidance to guardian]

母子保健担当者に行つて欲しいこと

[Empty box for requests to health officer]

本連絡票を送ることについては、保護者(父・母)の了解を得ています。