

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。