

様式5（新生児聴覚スクリーニング機関から精密検査実施医療機関への紹介状）

## 紹介状

平成 年 月 日

新生児聴覚スクリーニング検査

精密検査実施医療機関 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
小児難聴担当医 御中

新生児聴覚スクリーニング検査実施機関

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

下記のお子さんの精密聴力検査を依頼いたします

ふりがな		生年	平成	年	月	日
氏名	男 女	月日				
住所						
電話番号						
出生時所見	(出生体重	g)	(在胎週数	週	日)	
経過・特記事項等						
聴覚スクリーニング結果	・使用機器：( 自動 ABR OAE ) いずれかに○をつけてください					
	・検査結果：検査日(初回)平成 年 月 日(日齢 日)					
	右耳 (pass refer) 左耳 (pass refer)					
	検査日(最終)平成 年 月 日(日齢 日)					
	右耳 (pass refer) 左耳 (pass refer)					
(備考)						