

様式8 (医療機関→市町村保健師等)

新生児聴覚スクリーニング検査等

育児支援連絡票

_____様 医療機関：_____
担当者 職・氏名：_____

平成 年 月 日

下記の方について、訪問指導等育児支援をお願いします。

ふりがな 児の氏名	(男・女) 平成 年 月 日生
ふりがな 保護者氏名	
保護者住所	電話 - -
出生時の状況 (不明の場合は 未記入)	在胎週数 (週) 出生時体重 (g) その他特記事項：

新生児聴覚スクリーニング検査

結 果	平成 年 月 日実施 自動ABR / OAE 新生児聴覚検査において(右 ・ 左 ・ 両側)が要再検でした。
精密検査紹介 医療機関	紹介医療機関名： 受診予定日：平成 年 月 日 (決定の場合に記入)

精密検査

精密検査結果	受診日・診断日：平成 年 月 日 結 果：
--------	--------------------------

育児支援の 必要性など	
----------------	--

- *本連絡票を、お住まいの市町村保健師等に連絡することについて、保護者の了解を得ています。
- *本連絡票は、医療機関からお住まいの市町村保健師へお送り頂きますようお願いいたします。