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

　　　　　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　  |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　女 |
| 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）　　　　年　　月　　日（日齢　　日）　　　　　　　　　　　　　右耳（pass refer） 左耳（pass refer）　　　　　　検査日（最終）　　　　年　　月　　日（日齢　　日）　　　　　　　　　　　　　右耳（pass refer）　左耳（pass refer）先天性サイトメガロウイルス感染症の検査結果・検査日時：　　　　年　　月　　日（日齢　　日）・検査結果：（　陽性　　陰性　　後日報告　） |
| （備考） |