**新生児聴覚検査精密検査依頼書**

（依頼先）精密検査医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（依頼元）新生児聴覚検査実施医療機関

新生児聴覚検査を実施し、結果は下記のとおりです。

精密検査の実施等よろしくお願いします。

対象児氏名

生年月日 　　 　　 年　　 　月　　　 日

保護者氏名

保護者住所

**新生児聴覚検査結果　　（自動ＡＢＲ・ＯＡＥ）**

|  |  |
| --- | --- |
| 初回検査  （　　　年　　 月 　　日） | 右耳　　　　　Pass 　 ・　 ReferⅠ（要再検査） |
| 左耳　　　　　Pass　 ・　 ReferⅠ（要再検査） |
| 再検査  （　　　年　　 月 　　日） | 右耳　　　　　Pass　 ・　 ReferⅡ（要精密検査） |
| 左耳　　　　　Pass　 ・　 ReferⅡ（要精密検査） |

**新生児聴覚検査精密検査報告書**

新生児聴覚検査実施医療機関

　　　　　　　市町村長

　　精密検査結果について以下のとおり報告します。

**精密検査機関での診察結果**

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 検査所見 | 検査日：　　　年　　月　　日  検査方法： ＡＢＲ　　　 その他( 　　 　　　　)  検査結果：右耳  　　　　　左耳 |
| 今後の方針 | （１）治療開始(治療法：　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　）  （２）療育機関紹介（紹介先：　　　 　　　　　　　　　　 　　　　）  （３）経過観察  今後の方針（　　 　　　　　　　　 　　 　　　　 ） |
| 備考 |  |

　　　　　　　　　精密検査実施医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名