

紹介状

令和 年 月 日

新生児聴覚スクリーニング検査
精密聴力検査機関

担当医様

医療機関名
所在地
代表者

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				
氏名	男 女	生年月日	令和 年 月 日	
住所				
他連絡先				
出生時所見 特記事項等	(出生体重 g) (在胎週数 週 日)			
スクリーニング結果 (コピーの添付で代用可)	使用機器	自動ABR (機種名)		
		OAE (機種名)		
	結果	検査日 令和(平成) 年 月 日 (日齢)		
		右耳	左耳	
パス ・ 要再検		パス ・ 要再検		
備考				
精密検査機関名(紹介先)	沼津市立病院 静岡県立総合病院 聖隷浜松病院 浜松医科大学付属病院 (受診予定日:)			

◎様式1の検査結果等の、乳幼児聴覚支援センターや行政機関との共有の可否を確認しました。

【 同意あり ・ 同意なし ・ 未確認 】