**様式5**　スクリーニング機関　→　精密検査機関、乳幼児聴覚支援センターへの紹介状

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 |  | | 生年月日 | | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 男  　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | |
| 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） | | | | | |
| （コピーの添付で代用可）  スクリーニング結果 | 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　】