⑦　紹介状（新生児聴覚スクリーニング検査実施医療機関→精密検査実施医療機関）

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

（担当医）　　　　　　　　　　　　　　　　様

新生児聴覚スクリーニング検査実施機関

所在地

医師または助産師名

　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） | | | |
| （備考） | | | |