

新生児聴覚スクリーニング検査同意書 兼 申込書

母の氏名 _____ 母の生年月日 _____ 年 月 日
新生児氏名（決まっていれば） _____ 性別（男・女）
生年月日 _____ 年 月 日

新生児聴覚検査は、聴覚障害を早期に発見し、できる限り早い段階で適切な療育を受けられるようにするため、新生児を対象に行う「耳のきこえ」の簡単な検査です。赤ちゃんを傷つけずに短時間で安全に行えます。

検査を受けるか否かは、保護者の方の自主的な判断によります。以下の項目をお読みいただいた上で、希望される場合はご署名の上ご提出ください。

1. 検査を希望されない又は下記の事項に同意されない場合でも、通常の検査や治療で不利益になることはありません。
2. 個人情報につきましては、プライバシーを侵害することのないように、厳重に管理いたします。
3. 検査当日の児の状態や検査環境の影響により、正しい検査結果が得られない場合は、再度確認のための検査を行うことがあります。
4. 検査結果が「要再検」の場合には、耳鼻咽喉科精密検査機関に検査結果を通知し、検査を依頼します。なお、機器の特性や上記3の理由により、聴覚に異常がなくても「要再検」となり精密検査などを依頼する場合があります。
5. この検査に「パス」することは聴覚が正常であることを100%保証するものではありません。
6. 適切な早期支援を受けられているかどうか確認するために検査結果を行政機関に報告します。

私の子どもが新生児聴覚スクリーニング検査を受けることを

【 希望します 希望しません】 いずれかに○をつけてください。

「要再検」の場合、その結果を行政機関へ通知することを

【 同意します 同意しません】 いずれかに○をつけてください。

年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

保護者 _____

赤ちゃんとの続柄 _____

電話番号 _____