

様式5（新生児聴覚スクリーニング機関から精密検査実施医療機関への紹介状）

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

小児難聴担当医 御中

新生児聴覚スクリーニング検査実施機関

所在地

医師名

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	年 月 日
氏名	男 女	月日	
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） 先天性サイトメガロウイルス感染症の検査結果 ・検査日時： 年 月 日（日齢 日） ・検査結果：（ 陽性 陰性 後日報告 ）			
（備考）			