

様式1 (分娩取扱施設/2次検査実施医療機関/精密検査実施医療機関→市)

## 市連絡票

年 月 日

川崎市 \_\_\_\_\_ 区役所地域みまもり支援センター所長

(検査実施機関名)

機関名 \_\_\_\_\_

担当医(者)名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のお子様の新生児聴覚スクリーニング検査(聴覚精密検査)を行いました。相談対応等の支援のため連絡します。

なお、連絡にあたっては、保護者の同意を得ています。

ふりがな					
氏名	男・女	生年月日	年	月	日
住所					
出生時所見	在胎週数	週	・	出生時体重	g
スクリーニング 結果	使用機器	右耳	左耳	検査日	
	自動ABR	パス・リファー	パス・リファー	年 月 日	
	OAE	パス・リファー	パス・リファー	年 月 日	
※精密検査 結果	<聴覚障害の状況>				
	(右)	db	・	(左)	db
	<合併症の有無>				
	なし	・	あり	( )	
	<療育機関の紹介>				
	なし	・	あり	( )	
期待する支援 特記事項等					

※欄は聴覚精密検査を行った場合のみ記載してください。