

参考様式 (分娩取扱施設→精密検査(2次検査)実施医療機関)

紹介状

年 月 日

新生児聴覚検査スクリーニング検査後の
精密検査(2次検査)実施医療機関

_____病院担当医様

(新生児聴覚スクリーニング検査実施機関名)

機関名 _____

担当医・助産師氏名 _____

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を行いました。
引き続き精密検査(2次検査)をお願いします。

ふりがな					
氏名		男・女	生年月日	年	月 日
住所	川崎市				

出生時所見	在胎週数		週	・	出生時体重	g
特記事項						
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	
検査機関の予約	あり ・ なし					
備考						

※ 精密検査実施医療機関には、できるだけ生後3か月頃までに受診できるようにお願いします。