参考様式１（分娩取扱施設（新生児聴覚スクリーニング検査実施）→保護者）

　　　　　　※市町村による公費負担制度がある場合は、適宜、追記してください。

新生児聴覚スクリーニング検査説明書兼同意書

母の氏名　　　　　　　　　　　　　　　母の生年月日　　　　　年　　月　　日

新生児氏名 (決まっている場合)

耳の聞こえは、通常の診察ではわかりにくいものですが、1,000人に１人から２人の赤ちゃんに、生まれた時からの「耳の聞こえにくさ」があると言われています。

新生児聴覚スクリーニング検査は、出産後の入院中に、赤ちゃんが眠っている間に行う検査で、赤ちゃんの耳の聞こえを確認できます。また、安全で痛みも副作用もありません。

以下のことを確認していただいたうえで、お子さんが検査を受けることをお勧めします。検査にあたっては、下記の同意欄に署名をお願いします。

〇　結果は検査機器が判定し、「パス（聞こえの反応あり）」あるいは「リファー（聞こえの反応が確認できないため要再検査）」として、結果が出ます。

　〇　１回目の検査でパスになった場合は、検査終了です。「リファー（要再検査）」となった場合は、２回目の確認検査を受ける必要があります

　〇　スクリーニング検査は、精密検査の必要性を調べるための検査ですので、２回目の検査も「リファー」となった場合でも、耳の聞こえに異常があると判定できるものではありません。その場合は、より詳しい検査が行える医療機関をご紹介します。

　〇　検査の費用は、　　　　　円です。

問合せ先：医療機関名　　　　　　　担当部署　　　　　　電話番号

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

□　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。

　 　　　　　　希望しない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

《検査を希望する場合》

□　スクリーニング結果がリファーの場合、自治体に連絡することに

【 同意します 　　　同意しません　】 いずれかに○をつけてください。

記入年月日 　　　年 　月 　日

保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　 お子さんとの続柄＿＿＿＿＿＿

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿