参考様式４（分娩取扱施設→２次検査（精密検査）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

２次検査（精密検査）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）

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当医氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　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２次検査（精密検査）をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名　　　　　　　　　　　男・女 | 生年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 |

|  |  |
| --- | --- |
| 出生時所見 | 在胎週数　　　　　週　・　出生時体重　　　　　　ｇ |
| 特記事項 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | なし　・　あり（　　　年　　　月　　日） |
| 備考 |  |

※　２次検査（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。