

診療情報提供書

年 月 日

琉球大学病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記の児の二次聴力検査を行いました。引き続き精密聴力検査をお願いします。

ふりがな 患者氏名		確認番号	
生年月日	年 月 日生	性別	
住所			
電話番号			

検査日	年 月 日
検査機器	ABR ・ ASSR ・ その他 ()
結果 右耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (dB)
左耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (dB)
検査予約	予約済み ・ 予約なし

--	--

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。