

《様式 4-1》

年 月 日  ① 新スク実施機関 → 支援センター (精査依頼)  
 年 月 日  ② 支援センター → 新スク実施機関 (検査日報)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査依頼票

きこえの支援センター

担当者様

所在地	:
医療機関名	:
電話番号	:
FAX 番号	:
担当者	:

下記の児は二次聴力検査が必要となりました。日程調整を依頼します。

ふりがな 保護者氏名		電話番号	
保護者住所			
ふりがな 児の氏名		性別	
児の生年月日	年 月 日生	出生体重	g
		在胎週数	週
特記事項			
新スク検査	初回検査	再検査	
	年 月 日	年 月 日	
検査機器	AABR ・ DPOAE		
結果	右耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
	左耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
検査希望期間 (2週間程度)	年 月 日 ~	年 月 日	
備考	(希望期間内での除外日や里帰り出産の場合は、記載をお願いします)		
検査希望地域	本島 ( 南部 ・ 中部 ・ 北部 ) ・ 宮古 ・ 石垣 ・ 県外 ( )		
市町村 (保健師) への通知についての確認 [ 通知を同意した ・ 通知を希望せず ]			

二次聴力検査予約票

以下の様に診察を予約しましたので、ご報告いたします。保護者への連絡をお願いします。

二次聴力検査機関	
連絡先	
確認番号	
診察予約日	年 月 日 ( ) 時 分
備考	

※ 確認番号は二次聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします