

記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 二次聴力検査の予約について



**詳しい検査を行う医療機関を下記のとおりに予約しています。**  
必ずお受けいただきますようお願いします。

※ 精密検査は、赤ちゃんが眠っている間に音を聞かせて、その時の脳波を測定して行います。検査時間は 1 時間程度かかりますので、タイミングよく検査が行えるよう、直前まで寝かさないや検査前にミルクあげるなどの調整のご協力をお願いします。

また、お子さまの体調を崩してしまったなど、ご都合が悪くなった場合は、下記への連絡で変更は可能ですので、お気軽にご連絡ください。

児の氏名	
医療機関	Tel :
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	