

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。

※ 聴力検査は、お子さ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。検査時間は入眠して2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、お子さんが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	
診察予約日	年 月 日 () 時 分
備考	