

**診療情報提供書 (新生児聴覚検査)**

年 月 日

二次聴力検査機関

病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記のお子さまの新生児聴覚スクリーニング検査を行いました。引き続き二次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	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号			

出生児所見	在胎週数 : 週 出生児体重 : g Apgar score : 点 (1分) 点 (5分)
	その他 :
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 ・ OAE
結果	右耳 Pass ・ Refer
	左耳 Pass ・ Refer
精密検査予約	予約済み ・ 予約なし
備考	

- 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。