

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

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記の児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	
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 ・ DPOAE	
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。