

《様式 5-1》

年 月 日  ① 二次検査機関 → 支援センター (精査依頼)  
 年 月 日  ② 支援センター → 二次検査機関 (検査日報告)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

**二次聴力検査結果報告 ・ 精密検査依頼票**

所在地	:
医療機関名	:
電話番号	:
担当	:

確認番号			
児の生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
特記事項			
検査日	年 月 日		
検査機器	ASSR ・ ABR ・ OAE ・ BOA (COR)		
結果	右耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり ( dB)	
	左耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり ( dB)	
検査希望期間 (3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、記載お願いします)		

**精密検査予約票**

以下のようにご報告します。保護者の方へのご連絡をお願いします。

精密検査機関	琉球大学病院 耳鼻咽喉科
連絡先	098-895-1481 (耳鼻咽喉科 検査室)
診察予約日	年 月 日 時
検査予約日	年 月 日 時 分