

**診療情報提供書 (新生児聴覚検査)**

年 月 日

琉球大学病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記の児の二次聴力検査を行いました。引き続き精密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	
検査日	年 月 日
検査機器	ABR ・ ASSR ・ その他 ( )
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。