

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 :

下記のお子さまの二次聴力検査を行いました。引き続き精密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	
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。