

<<様式 5-4>>

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)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

精密聴力検査依頼票 (確認番号がない場合)

きこえの支援センター

担当者様

所在地	:
医療機関名	:
電話番号	:
FAX 番号	:
担当者	:

下記の児は精密聴力検査が必要となりました。日程調整を依頼します。

ふりがな 保護者氏名		電話番号	
保護者住所			
ふりがな 児の氏名		性別	
		生年月日	年 月 日生
特記事項			
新スク検査	検査日	年 月 日	年 月 日
	右耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
	左耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
二次聴力検査	検査日	年 月 日	
	検査機器	ABR ・ ASSR ・ その他 ()	
	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		
先天性 CMV 感染症	<input type="checkbox"/> 未実施 ・ <input type="checkbox"/> 実施済 (<input type="checkbox"/> 結果待ち ・ <input type="checkbox"/> 陰性 ・ <input type="checkbox"/> 陽性)		
備考	(希望期間内での除外日や里帰り出産の場合は、記載をお願いします)		

市町村 (保健師) への通知についての確認 [通知を同意した ・ 通知を希望せず]

精密聴力検査予約票

以下の様に診察を予約しましたので、ご報告します。保護者への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)		
確認番号			
診察予約日	年 月 日 ()	時	
検査予約日	年 月 日 ()	時 分	
備考			

※ 確認番号は精密聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします