

新生児聴覚スクリーニング実績報告書(産婦人科用)

年 月 日

住所 :  
 医療機関名 :  
 電話番号 :  
 担当者名 :

年 (1月~12月) に生まれた児の検査状況について、次のとおり報告します。

記

検査件数

検査区分		総件数	Pass	Refer
出生時数 <sup>※1</sup>		件		
検査実施 <sup>※2</sup>	一次検査	件	件	件
	確認検査	件	件	件
検査未実施	NICU 搬送	件		
	希望せず	件		
備 考				

※1 他院より搬送され分娩された方も含みます。

※2 分娩後他院より、検査のみで紹介された方も含みます。

以上