

新生児聴覚スクリーニング実績報告書(小児科・NICU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
入院件数	自施設から	件		
	他施設から	件		
検査実施 ^{※1}	一次検査	件	件	件
	確認検査	件	件	件
検査未実施		件		
備 考				

※1 他院より搬送され分娩された方も含みます。

以上