

《様式 9-1》

年 月 日 ① 依頼施設 → 支援センター (精査依頼)
 年 月 日 ② 支援センター → 依頼施設 (検査日報告)

※ 依頼施設は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査依頼票 (乳幼児用)

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、二次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 氏名		性別	
住所			
電話番号			
児の生年月日	年	月	日生
主訴			
検査希望期間 (3週間程度)	年	月	日 ~ 年 月 日
特記事項			
検査希望地域	本島 (南部 ・ 中部 ・ 北部) ・ 宮古 ・ 石垣 ・ 県外 ()		

二次聴力検査予約票 (乳幼児用)

以下の様に診察の予約をしましたので、ご報告します。保護者への連絡をお願いします。

二次聴力検査機関	
連絡先	
確認番号	
診察予約日	年 月 日 () 時 分
備考	

※ 確認番号は二次聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします