

《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

所在地	:
医療機関名	:
連絡先	:
医師	:

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
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

以下のようにご報告します。保護者の方へのご連絡をお願いします。

二次聴力検査機関	
確認番号	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時

※ 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