

記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 二次聴力検査の予約について



**詳しい検査を行う医療機関を下記のとおりに予約しています。**  
必ずお受けいただきますようお願いします。

※ 精密検査は、赤ちゃんが眠っている間に音を聞かせて、その時の脳波を測定して行いますので、タイミングよく検査が行えるよう、ミルクの時間などの調整をお願いします。

また、お子さまの体調を崩してしまったなど、ご都合が悪くなった場合は、下記への連絡で変更は可能ですので、お気軽にご連絡ください。

児の氏名	
医療機関	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	