|  |
| --- |
| 受付番号： |

様式第1号（第4条関係）

**長洲町新生児聴覚検査受診票**

**【新生児聴覚検査を受ける者の保護者記入欄】※母親となる方の情報をお書きください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 長洲町大字 | |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　　　月　　　日 |

※この受診票は、新生児聴覚検査に要した費用の一部（上限3,000円で、それに満たない場合には、その額）を助成するものであり、無料券ではありません。

**【医療機関記入欄】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査を受けた者の  生年月日 | 年　　月　　日 | 男・女 | 多胎の場合：　　　人目 |
| 検査日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 検査種類  （いずれかに〇） | 自動ABR　　・　　OAE | | |
| 検査結果 | 【右：パス・再検査】【左：パス・再検査】 | | |

**※以下、多胎の場合に使用**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査を受けた者の  生年月日 | 年　　月　　日 | 男・女 | 多胎の場合：　　　人目 |
| 検査日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 検査種類  （いずれかに〇） | 自動ABR　　・　　OAE | | |
| 検査結果 | 【右：パス・再検査】【左：パス・再検査】 | | |