様式第２号

スクリーニング機関　⇒　精密聴覚検査機関

 　 　 　　年　　　月　　　日

　精密聴覚検査機関　　　　　　　　　　　　　　　御中

（スクリーニング機関名）

所在地

医療機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

**新生児聴覚検査 精密聴覚検査依頼票**

　下記乳児の精密聴覚検査を依頼します。

　なお、現在の検査状況は下記のとおりですので、よろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）乳児氏名 |  | 男・女 | 　　　年　　　月　　　日生 |
| 乳児の住民票住所 |  |
| 保護者電話番号 |  |
| 検査結果 | 初　回　検　査（　　　　年　　月　　日） | 確　認　検　査（　　　　年　　月　　日） | １か月児健診時 再確認検査（　　　　年　　月　　日） |
| 右 耳 | パ ス　・　要再検 | パ ス　・　要再検 | パ ス　・　要再検 |
| 左 耳 | パ ス　・　要再検 | パ ス　・　要再検 | パ ス　・　要再検 |
| 出生時体重 | ｇ　 | 在胎週数 | 週　　　　日　 |
| 出生時の特記すべき所見・処置※該当番号等に○、必要事項を記入 |  １　極低出生体重児（出生時体重1,500g未満） ２　重症仮死 ３　交換輸血を必要とした黄疸（高ビリルビン血症） ４　子宮内感染（風疹、サイトメガロウイルス、梅毒、トキソプラズマなど） ５　頭頸部の奇形（口蓋裂、副耳など） ６　聴覚障害が合併するといわれている先天異常症候群 ７　細菌性髄膜炎 ８　先天聴覚障害の家族歴 ９ 耳毒性薬剤（抗生物質）の使用（アミノグリコシド、ループ利尿薬など） 10　人工換気療法　５日間以上備考: |
|  検査担当医師（主治医） |  |