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） |  | | | | |