様式第３号

精密聴覚検査機関　⇒　市町村

　　 　 　 　　年　　　月　　　日

長　　様

（母子保健担当課宛）

（精密聴覚検査機関名）

所在地

医療機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

**新生児聴覚検査 精密聴覚検査結果票**

　下記乳児の精密聴覚検査結果を報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）乳児氏名 |  | 男・女 | 　　　　年　　　月　　　日生 |
| 乳児の住民票住所 |  |
| 診断結果と対策 ※該当番号等に○、必要事項を記入 | １　聴覚障がいなし２　片側性聴覚障がい：　右 ・ 左　程度（　　　　　　　　　　　　　　）３　両側性聴覚障がい：　程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４　経過観察中 所見： 今後の療育機関名： |
| 市町村への依頼事項（育児支援の必要性など） |  |
| 検査担当医師（主治医） |  |

※「新生児聴覚検査　精密聴覚検査依頼票」の写しを添付すること。