様式第1号（第6条関係）

宇美町新生児聴覚検査受診券

※太線内は、保護者で記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母子健康手帳番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 出生体重 |  g |
| 保護者（母親）の氏名 |  | 電　　　話 |  |
| 住民票のある住所 | 宇美町 |
| ＜ 健診結果 ＞ |
|  | 検査日 | 検査方法 | 結果 |
| 初回検査 | 年　　　　月　　　　日（生後　　　　　　　　日） | 自動ABRABR　 ・　 OAE | 右 | パス 　・　 リファー |
| 左 | パス 　・　 リファー |
| （リファーの場合） | 確認検査 | 年　　　　月　　　　日（生後　　　　　　　　日） | 自動ABRABR　 ・　 OAE | 右 | パス 　・　 リファー |
| 左 | パス 　・　 リファー |
| 総 合 判 定 | 異常なし 要精密検査（紹介先医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検　査　日 ： 　 年　　　　　　月　　　　　　日委託健診機関の名称 　　　　 　所在地担当医師名 |

（注）検査日当日に宇美町に住民票がない場合、この受診券は使用することができません。