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ABR  ABR　 ・　 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ABR  ABR　 ・　 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。