

※記入例

(別紙①)
様式第2号
(協議会提出用(市町村控))

コードNo.

年 月 日

〇〇市長
〇〇町長 様
(当該市町村別)

必ず記入してください。

所在地、医療機関名、代表者名の記入をお忘れなく。

必ず医療機関印を押印してください。

所在地
医療機関
代表者

印

新生児聴覚検査事業に関する実績報告書

〇〇年〇月請求分の検査状況は次のとおりです。

① 同意書兼受診票提出人数	4 人 (A)
② ①のうちの検査件数	<p>検査実施件数 5 件</p> <p>検査件数 = 請求件数 (1件あたり 3,000円)</p> <p>〔 内訳 初回検査 4 件 確認検査 1 件 〕</p>
③ ②の検査結果 ※確認検査を実施した場合は 最終的な検査結果 を記入。	<p>パス (Pass) 4 件</p> <p>要再検査 1 件</p> <p>要精密検査 1 件</p> <p>保留 (経過観察) 1 件</p> <p>合計 4 件 (B)</p> <p>(A) = (B)</p> <p>検査結果数 = 同意書兼受診票提出数</p>
備考欄	<p>検査機器 自動ABR・ 1 件</p> <p>OAE ・ 5 件</p> <p>(↑いずれかを○で囲む) 合計 5 件</p> <p>検査機器件数 = 検査件数</p>

※実績報告は、当該市町村別に作成する。

新生児聴覚検査同意書兼受診(結果)票

〇〇年〇月〇日

1 新生児聴覚検査事業の内容について了解し、検査を行うことに同意します。

ふりがな お名前(母親)	生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日
現住所(母親)(住民票)	
検査日におけるお母さんの現住所(住民票)とお子さんの出生届先が同じであり、 本協議会の取扱い市町村であることを必ずご確認ください。	
TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
ふりがな お名前(子供) (決まっている場合)	生年月日〇〇年〇〇月〇〇日 性別 男・女
ふりがな 現住所(子供)(住民票)	
(母親の住所と同じ場合は記載不要です。)	
TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

2 あなたのお子様の聴覚検査の結果は、次のとおりでした。

検査 機 種	初回検査 (年 月 日)	確認検査 (年 月 日)	
	自動ABR ・ OAE	自動ABR	OAE
右 耳	パス・要確認検査	パス・要精密検査	パス・要再検査
左 耳	パス・要確認検査	パス・要精密検査	パス・要再検査
出生時体重(〇〇〇〇 g) 在胎週数(〇〇 週 〇 日)			

スクリーニング機関名	医療機関名を記入
TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX △△△-△△△-△△△△ 主治医 〇〇 〇〇
聴覚障害の危険因子 1 血縁に幼少時からの聴覚障害者がいる 2 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) 3 頭頸部の奇形(口蓋裂、副耳など) 4 出生時体重1,500g以下 5 交換輸血を必要とした黄疸(高ビリルビン血症) 6 耳毒性抗生物質の使用(アミノグリコシド、ループ利尿薬など) 7 細菌性髄膜炎 8 重症仮死 9 人工換気 5日間以上 10 聴覚障害が合併するといわれている先天異常症候群	該当する危険因子があれば○をつける。 市町村担当者へ連絡事項があれば記入
連絡事項(保健所などの家庭訪問の必要性、母親の状況などについて)	