

XI. 資料・様式

《様式1》 (新スク実施機関 → 保護者)

新生児聴覚スクリーニング検査 同意書兼申込書

検査について、次のいずれかの口に✓を入れ、下欄に必要事項を記入してください

私は、新生児聴覚スクリーニング検査の必要性や注意事項などについて説明を受けました。

また、検査結果などの個人情報、聞こえの評価（詳しい聴力検査を実施できる施設への紹介、検査の精度管理など）および、お子さまとご家族の支援のために下記の関係機関（琉球大学病院 きこえの支援センター）へ提供することについての説明を受けました。

- 新生児聴覚スクリーニング検査を受けることを希望し、検査の実施を申し込むとともに、検査結果を関係機関および市町村へ通知することを同意します。

【連絡先】 琉球大学病院 きこえの支援センター
医師：鈴木幹男 言語聴覚士：兼本怜子・新垣月乃・与座要
住所：西原町字上原 207 番地 TEL / FAX : 098-895-1739
ホームページ：https://kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp

- 新生児聴覚スクリーニング検査を受けることを希望し、検査の実施を申し込みますが、検査結果を関係機関および市町村へ通知することは希望しません。

- 新生児聴覚スクリーニング検査を受けることを希望しません。

同意書は各施設での保管となります

記入日	2024 年 2 月 24 日		
ふりがな 保護者氏名	りゅうだい 琉大 きこえ	赤ちゃんとの 続柄	母
ふりがな 赤ちゃんの名前	りゅうだい 琉大 センター	(決まっていれば)	
生年月日	2024 年 2 月 23 日		
現住所	西原町字上原〇〇		
保護者住所	(里帰り出産などで現住所と異なる場合)		
電話番号	090〇〇〇〇		

※ 同意書兼申込書は各施設で保管して下さい。

【様式2：きこえとことばのチェックシート】

《様式2》 (新スク実施機関 → 保護者)

あうちで行う
きこえとことばのチェックシート

新生児聴覚スクリーニングを受けなかったご家族と、検査で「pass (パス)」またはその後「正常」となったご家族へお渡しください

でも大切な時期です。生まれた時は問題なくても、進行性の難聴や中耳炎などによって、後になり耳のきこえが悪くなることもあります。そのため、お子さまのきこえに異常がないかどうかを注意し続けることがとても重要です。

チェックシートは、耳のきこえとことばの発達を主な月齢で書き出しています。できる項目に○をつけて、各月齢で○がついた項目が半分以下の時には、念のためかかりつけ医や地域の保健師に相談して下さい。




<3か月頃>

- () 大きな音に驚く
- () 大きな音で目を覚ます
- () 音がする方を向く
- () 泣いている時に、声をかけると泣き止む
- () あやすと笑う
- () 話しかけると「アー」「ウー」などと声を出す

<6か月頃>

- () 音がする方を向く
- () 音が出るおもちゃを好む
- () 両親などよく知っている人の声を聞き分ける
- () 声を出して笑う
- () 「キヤッキヤツ」と声を出して喜ぶ
- () 人に向かって声を出す

<9か月頃>

- () 名前を呼ぶと振り向く
- () 「イナイ イナイ パー」の遊びを喜ぶ
- () 「ダメッ!」「コラッ!」などと言うと、手を引っ込めたり、泣き出したりする
- () おもちゃに向かって声を出す
- () 「マ」「ダ」「バ」などの音を出す
- () 「チャ」「ダダ」などの音を出す

<12か月頃>

- () 身振りなしに「ちようだい」「ねんね」「いらっしやい」などのことばを理解する
- () 身振りなしに「バイバイ」のことばに反応する
- () 大人のことばをまねようとする
- () 意味のあることばではないが、さかんにおしゃべりする
- () 意味のあることばを1つか2つか言える
(例：食べ物のことばを「マンマ」、お母さん「ママ」など)
- () 単語の一部をまねて言う

<1歳6か月頃>

- () 絵本を読んでもらいたがる
- () 絵本を見て知っているものをたずねると指さす
- () 簡単な言いつけが分かる
(例：「このゴミを捨てて」「その本を取って」など)
- () 意味があることばを1つか2つ言える
- () 意味があることばを3つ以上言える
- () 絵本を見て、知っているものをたずねると名前を言う

◎ このチェックシートは、母子手帳と一緒に保管しましょう



【 琉球大学病院 きこえの支援センター 】
TEL / FAX : 098-895-1739
URL : <https://kikoe.skr.u-ryukyuu.ac.jp>



XI. 資料・様式

【様式 3-1 : 「pass」用検査結果説明文 見本】

《様式 3-1》 「pass」の場合：新スク実施機関 → 保護者)

必要な際にご使用ください

赤ちゃんのきこえの検査 (新生児聴覚スクリーニング検査) 結果のお知らせ

今回の検査 (2024 年 2 月 25 日実施) では、

両耳とも 〇〇〇〇 さんの耳のきこえに異常は認められませんでした。

ただ、現時点で異常が認められなかった場合でも、成長の過程で中耳炎やおたふくかぜなどによる聴覚障害や、赤ちゃんの時には聞こえが正常でもその後 悪くなる進行性聴覚障害が起こる可能性があります。

このため、「様式 2 きこえとことばのチェックシート」を参考にして、これからもお子さんのきこえとことばの発達に注意してください。

今後、お子さんのきこえやことばの発達について心配なことがありましたら、担当の小児科の医師、耳鼻咽喉科の医師、またはお住いの市町村・保健所の保健師などにご相談ください。

2024 年 2 月 25 日

医療機関名 〇〇クリニック

医師名 〇〇〇〇

【様式 3-2：「refer」用検査結果説明文 見本】

《様式 3-2》 「refer」の場合：新スク実施機関 → 保護者)

必要な際にご使用ください

赤ちゃんのきこえの検査
(新生児聴覚スクリーニング検査) 結果のお知らせ

今回の検査 (2024 年 2 月 25 日 ・ 2 月 27 日 実施) では、
(右耳 ・ 左耳 ・ 両耳とも) で 琉大 センター さんの音に対する反応を
捉えることができませんでした。そのため、詳しい検査を受けられることをお勧めします。

赤ちゃんが受けた「新生児聴覚スクリーニング検査」では、眠っている間にささやき声の大きさの音を聞かせ、反応を調べています。

この結果が **ただちに「きこえに異常がある」「きこえにくい」というわけではありません**。耳の中に羊水がたまっていたり、動いたり泣いたりして **うまく検査ができなかった可能性**もあります。

よって、きこえに障がいがあるのかは現時点では不明なため、詳しい検査ができる耳鼻咽喉科を紹介しますので、必ず精密聴力検査を受けてください。

なお、詳しい検査を受けるまでの間、お子さんのきこえや発達について心配なことがありましたら、担当の産科・小児科の医師、琉球大学病院 きこえの支援センターなどにご相談ください。

また、今後 子育ての相談や適切な支援をするために保護者の同意の上、今回の検査結果を関連機関(琉球大学病院 きこえの支援センター)に連絡させていただきますので、ご理解とご了承をお願いします。お子さまとご家族のプライバシーを守ることについては、十分な配慮を致します。

2024 年 2 月 25 日

医療機関名 **〇〇クリニック**

医師名 **〇〇〇〇**

XI. 資料・様式

【様式 4-1：二次聴力検査依頼票(支援センター宛) 見本】

きこえの支援センター ・ TEL/FAX : 098-895-1739 Mail : kikoe-33@kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp

《様式 4-1》 2024 年 3 月 1 日 ■ ① 新スク実施機関 → 支援センター (精査依頼)
年 月 日 □ ② 支援センター → 新スク実施機関 (検査日報告)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査依頼票

きこえの支援センター
担当者様

所在地 : 那覇市〇〇
医療機関名 : 〇〇クリニック
電話番号 : 098〇〇〇〇
FAX 番号 : 098〇〇〇〇
担当者 : 〇〇

下記の児は二次聴力検査が必要となりました。日程調整を依頼します。

ふりがな 保護者氏名	りゅうだい 琉大 きこえ	電話番号	090〇〇〇〇
保護者住所	西原町字上原〇〇		
ふりがな 児の氏名	りゅうだい 琉大 センター	性別	男
		出生体重	2500 g
児の生年月日	2024 年 2 月 23 日生	在胎週数	39 週
特記事項	合併症 (〇〇〇)		
新スク検査	初回検査	再検査	
	2024 年 2 月 25 日	2024 年 2 月 27 日	
検査機器	AABR		
結果	右耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
	左耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
検査希望期間 (2 週間程度)	2024 年 3 月 2 日 ~ 2024 年 3 月 15 日		
備考	母親はショックを受けていました etc (希望期間内での除外日や里帰り出産の場合は、記載をお願いします)		
検査希望地域	本島 (南部 ・ 中部 ・ 北部) ・ 宮古 ・ 石垣 ・ 県外 ()		
市町村 (保健師) への通知についての確認 <input checked="" type="checkbox"/> 通知を同意した ・ <input type="checkbox"/> 通知を希望せず]			

二次聴力検査

保健師への育児支援依頼の有無になります
漏れずに記載をお願いします

以下の様に診察を予約しましたので、ご報告いたします。保

二次聴力検査機関	
連絡先	
確認番号	情報提供書に記載をお願いします
診察予約日	年 月 日 () 時 分
備考	

※ 確認番号は二次聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします