

【様式 4-2：二次聴力検査依頼票(二次聴力検査機関宛) 見本】

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

<<様式 4-2>>

2024 年 3 月 1 日 ■ ① 支援センター → 二次検査機関 (検査依頼)
 2024 年 3 月 1 日 ■ ② 二次検査機関 → 支援センター (検査日報)

二次聴力検査依頼票

二次聴力検査機関

〇〇 病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

きこへの支援センター

担当 : 〇〇

以下の児の二次聴力検査の予約をお願いします。

| | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--------------|-----------------|-------|
| 確認番号 | 24 - RYU - 000 | 依頼施設 | 〇〇クリニック | |
| 居住市町村 | 西原 町 | 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 | 29 週 | |
| 特記事項 | 合併症 (〇〇) | | | |
| 検査日 | 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 2 月 29 日 ~ 2024 年 3 月 15 日 | | | |
| 備考 | | | | |

※ 情報提供書には確認番号が記載されています

※ 二次聴力検査機関は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査予約票

以下の様に診察を予約しましたので、ご報告します。

| | |
|----------|------------------------------|
| 二次聴力検査機関 | 〇〇病院 |
| 連絡先 | 098〇〇〇〇 |
| 診察予約日 | 2024 年 3 月 〇 日 (〇) 〇 時 〇 分 |
| 備考 | |

XI. 資料・様式

【様式 4-3：二次聴力検査機関 予約票 見本】

《様式 4-3》 (新スク実施機関 → 保護者)

必要な際にご使用ください

記入日 : 2024 年 3 月 2 日

二次聴力検査の予約について



詳しい検査を行う医療機関を下記のとおり予約しています。

必ずお受けいただきますようお願いいたします。

※ 聴力検査は、お子さんが眠っている間に音を聞かせて、その時の脳波を測定して行います。検査時間は入眠して2時間程度かかりますので、タイミングよく検査が行えるよう、『直前まで寝かさない』や『検査前にミルクあげる』などの調整のご協力をお願いします。

また、お子さんが体調を崩してしまったなど、ご都合が悪くなった場合は、下記への連絡で変更は可能ですので、お気軽にご連絡ください。

| | |
|-------|--|
| 児の氏名 | 琉大 センター |
| 医療機関 | 〇〇 病院 (耳鼻咽喉科) Tel : 09800000 |
| 診察予約日 | 2024 年 3 月 〇 日 (〇) 〇 時 〇 分 |
| 備考 | |

【様式 4-4：診療情報提供書（二次聴力検査機関宛） 見本】

《様式 4-4》 （新スク実施機関 → 二次検査機関）

診療情報提供書（新生児聴覚検査）

2024 年 3 月 2 日

二次聴力検査機関

各施設の様式がありましたら、そちらを使用しても問題ありません

〇〇〇 病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 : 〇〇産婦人科
098〇〇〇〇

医師 : 〇〇〇〇

下記の児の新生児聴覚スクリーニング検査を行いました。引き続き二次聴力検査をお願いします。

| | | | |
|--------------|------------------------|------|----------------|
| ふりがな 患者氏名 | りゅうだい 琉大 センター | 確認番号 | 24 - RYU - 000 |
| 生年月日 | 2024 年 2 月 23 日生 | 性別 | 男 |
| 住所 | 〒 903-0125 西原町字上原〇〇 | | |
| 電話番号 | 090〇〇〇〇 | | |

| | | |
|--------|--|-----------------|
| 出生児所見 | 在胎週数 : 39 週 出生児体重 : 2500 g | |
| | Apgar score : 6/10 点 (1分) 8/10 点 (5分) | |
| | その他 : 合併症 (〇〇〇) | |
| 特記事項 | | |
| 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 |
| | 左耳 | Pass ・ Refer |
| 精密検査予約 | 予約済み ・ 予約なし | |
| 備考 | | |

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

XI. 資料・様式

【様式 5-1：二次聴力検査報告・精密聴力検査依頼票(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-ryukyuu.ac.jp

◀様式 5-1▶ 2024 年 2 月 28 日 ■ ① 二次検査機関 → 支援センター (精査依頼)
年 月 日 □ ② 支援センター → 二次検査機関 (検査日報告)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査結果報告・精密聴力検査依頼票

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 : 〇〇病院
電話番号 : 098〇〇〇〇
FAX 番号 : 098〇〇〇〇

二次聴力検査にて「正常」の際にも、保健師への連絡がありますので、ご報告をお願いします

下記の児の二次聴力検査を行いました。
 ご報告します ・ 精密聴力検査の予約をお願いします

| | | | |
|-------------------|---|--------|-------------------|
| 確認番号 | 24 - RYU - 000 | | |
| 児の生年月日 | 2024 年 2 月 23 日生 | 性別 | 男 |
| 特記事項 | | | |
| 検査日 | 2024 年 3 月 10 日 | | |
| 検査機器 | ABR | | |
| 結果 | 右耳 | 聴覚障害なし | 聴覚障害あり (dB) |
| | 左耳 | 聴覚障害なし | 聴覚障害あり (90 dB) |
| 検査希望期間 (3週間程度) | 2024 年 3 月 10 日 ~ 2024 年 3 月 31 日 | | |
| 先天性 CMV 感染症 | <input type="checkbox"/> 未実施 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 実施済 (<input checked="" type="checkbox"/> 結果待ち ・ <input type="checkbox"/> 陰性 ・ <input type="checkbox"/> 陽性) | | |
| 備考 | 結果が「陽性」の際は、直ちにきこえの支援センターまでご連絡ください | | |

精密聴力検査予約票

以下の様に診察を予約しましたので、ご報告します。保護者への連絡をお願いします。

| | | | |
|--------|--------------------------|---|-------------|
| 精密検査機関 | 琉球大学病院 耳鼻咽喉科 | | |
| 連絡先 | 098-895-1481 (耳鼻咽喉科 検査室) | | |
| 診察予約日 | 年 | 月 | 日 () 時 |
| 検査予約日 | 年 | 月 | 日 () 時 分 |
| 備考 | | | |

※ 確認番号は精密聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします

【様式 5-2：精密聴力検査機関 予約票 見本】

《様式 5-2》 (二次検査機関 → 保護者)

必要な際にご使用ください

記入日： 2024 年 3 月 10 日

精密聴力検査の予約について



詳しい検査を行う医療機関を下記のとおりに予約しています。

必ずお受けいただきますようお願いいたします。

※ 精密検査は、お子さんが眠っている間に音を聞かせて、その時の脳波を測定して行います。検査時間は入眠して2時間程度かかりますので、タイミングよく検査が行えるよう、『直前まで寝かさない』や『検査前にミルクあげる』などの調整のご協力をお願いします。

また、お子さんが体調を崩してしまったなど、ご都合が悪くなった場合は、下記への連絡で変更は可能ですので、お気軽にご連絡ください。

| | |
|-------|--|
| 児の氏名 | 琉球 センター |
| 医療機関 | 琉球大学病院 耳鼻咽喉科 TEL/FAX；098-895-1481 (検査室) (月曜～金曜日 9～17時) |
| 診察予約日 | 2024 年 3 月 〇 日 (〇) 〇 時 |
| 備考 | |

XI. 資料・様式

【様式 5-3：診療情報提供書(精密聴力検査機関宛) 見本】

◀様式 5-3▶ (二次検査機関 → 琉球大学病院)

診療情報提供書 (新生児聴覚検査)

2024 年 3 月 10 日

各施設の様式がありましたら、そちらを使用しても問題ありません

琉球大学病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 : ○○病院
098○○○○

医師 : ○○○○

下記の児の二次聴力検査を行いました。引き続き精密聴力検査をお願いします。

| | | | |
|--------------|------------------------|------|----------------|
| ふりがな 患者氏名 | りゅうだい 琉大 センター | 確認番号 | 24 - RYU - 000 |
| 生年月日 | 2024 年 2 月 23 日生 | 性別 | 男 |
| 住所 | 〒 903-0125 西原町字上原○○ | | |
| 電話番号 | 090○○○○ | | |

| | |
|-------|---|
| 出生児所見 | 在胎週数 : 39 週 出生児体重 : 2500 g Apgar score : 6/10 点 (1分) 8/10 点 (5分) |
| | その他 : 合併症 (○○○) |
| 特記事項 | |
| 検査日 | 2024 年 3 月 10 日 |
| 検査機器 | ABR |
| 結果 | 右耳 聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (dB) |
| | 左耳 聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (90 dB) |
| 検査予約 | 予約済み ・ 予約なし |
| 備考 | |

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。