

【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。

【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。