

【様式 5-4：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-ryukyu.ac.jp
 <様式 5-4> 2024 年 3 月 10 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

精密聴力検査依頼票 (確認番号がない場合)

きこえの支援センター
 担当者様

二次聴力検査後に、初めてきこえの支援センターへ連絡する際に使用してください

電話番号 : 0980000
 FAX 番号 : 0980000
 担当者 : 0000

下記の児は精密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	0900000
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
		生年月日	2024 年 2 月 23 日生
特記事項	合併症 (〇〇〇)		
新スク検査	検査日	2024 年 2 月 25 日	2024 年 2 月 27 日
	右耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
	左耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
二次聴力検査	検査日	2024 年 3 月 10 日	
	検査機器	ABR	
	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)	年 月 日 ~ 年 月 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		
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]			

精密聴力検査

保健師への育児支援の有無になります
 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)
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
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

XI. 資料・様式

【様式6：精密聴力検査報告書 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6▶ 2024年5月24日 ① 琉球大学病院 → 支援センター (結果報告)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

精密聴力検査結果報告

きこえの支援センター
担当者様

医療機関名	琉球大学病院 耳鼻咽喉科
連絡先	098-895-1481 (検査室)
担当者	〇〇

以下の児について報告します。

ふりがな 児の氏名	りゅうだい 琉大センター	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	合併症 (〇〇)		
検査日	2024年5月10日		
検査機器	ASSR	回数	2回
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 80 dB)
備考	補聴や療育について記載		

【様式 7-1：育児支援連絡票(初回) 見本】

《様式 7-1》 (支援センター → 母子保健担当課)

初回育児支援依頼票(聴覚障がい)

西原 町

母子保健担当者各位

2024 年 3 月 2 日

琉球大学病院 きこえの支援センター

TEL / FAX : 098 - 895 - 1739

担当者名 : ○○

下記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査結果についてご報告します。
市町村における支援等をお願いします。

ふりがな 保護者名	りゅうだい 琉 大 きこえ		
住所	西原町字上原○○		
電話番号	090○○○○		
ふりがな 児の名前	りゅうだい 琉 大 センター		
児の生年月日	2024 年 2 月 23 日生	性別	男
出生時体重	2500 g	在胎週数	39 週
特記事項	合併症(○○○)		

新スク実施日	初回検査		再検査		
		2024 年 2 月 25 日		2024 年 2 月 27 日	
検査方法	AABR				
結果	右耳	Pass	Refer (要再検)	Pass	Refer (要再検)
	左耳	Pass	Refer (要再検)	Pass	Refer (要再検)
二次聴力検査機関	○○病院				
検査予約日	2024 年 3 月 10 日 (決まっていれば記入)				
備考	保護者の検査結果の受け止め方など、 分娩施設より連絡がありましたら記載します				

※ 本報告書を市町村担当課に送ることは、保護者の了承を得ております。

XI. 資料・様式

【様式 7-2：育児支援連絡票(精密聴力検査後) 見本】

《様式 7-2》 (支援センター → 母子保健担当課)

育児支援連絡票(聴覚障がい)

西原町

母子保健担当者各位

2024年5月24日

琉球大学病院 きこへの支援センター

TEL / FAX : 098-895-1739

担当者名 : ○○

下記のとおり、精密聴力検査の結果についてご報告します。
市町村における支援等をお願いします。

ふりがな 保護者名	りゅうだい 琉大 きこえ		
住所	西原町字上原○○		
電話番号	090○○○○		
ふりがな 児の名前	りゅうだい 琉大 センター		
児の生年月日	2024年2月23日生	性別	男

精密検査日	2024年5月10日		
精密検査機関	琉球大学病院		
結果	右耳	聴覚障がいなし	・ 聴覚障がいあり (dB)
	左耳	聴覚障がいなし	・ 聴覚障がいあり 80 dB
診断名			
現在までの経過と 今後の方針	補聴・療育の方針が決まりましたら、 担当言語聴覚士により、記載します		
特記事項			

※ 本報告書を市町村担当課に送ることは、保護者の了承を得ております。

【様式 7-3 : 支援報告書 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 7-3》 (母子保健担当者 → 支援センター)

育児支援報告書 (聴覚障がい)

きこえの支援センター
担当者様

2024 年 8 月 1 日

市町村名 : 西原 町
連絡先 : 09800000
担当者名 : 〇〇

以下のとおり、支援の状況を報告します。

ふりがな 児の名前	りゅうだい 琉大 センター			
児の生年月日	2024 年 2 月 23 日生	性別	男	
ふりがな 保護者名	りゅうだい 琉大 きこえ			
被面接者	母親 ・ 父親 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ()			
住所	西原町字上原〇〇			
電話番号	0900000			
種別	訪問 ・ 電話 ・ 健診時 ・ その他 ()			
訪問指導など の状況	2024 年 7 月 〇 日 対応 今後の連携の際に必要な項目がありましたら、ご報告ください			
その他の 報告事項				
今後の支援 内容・方針	1. 継続支援 2. 健診などでの経過観察予定 3. その他 ()			
担当者	市町村名	西原町	担当課名	〇〇課
	担当者名	〇〇		
	電話番号	09800000		

XI. 資料・様式

【様式 8-1：新生児聴覚スクリーニング実績報告書(産科) 記入方法】

きこえの支援センター ・ TEL/FAX : 098-895-1481 E-mail : kikoe-33@kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp
 <<様式 8-1>> (新スク実施機関(産科) → 支援センター)

新生児聴覚スクリーニング検査実績報告書 (産婦人科用)

2024 年 3 月 〇 日

住所 : 那覇市〇〇
 医療機関名 : 〇〇クリニック
 科名 : 産婦人科
 電話番号 : 098〇〇〇〇
 記入者名 : 〇〇

2023 年 (1 月～12 月) に生まれた児の検査状況について、次のとおり報告します。

検査機器 : 自動 ABR OAE
 検査担当者 : 医師 助産師 看護師 臨床検査技師 その他 ()

記

検査件数

検査区分		総件数	Pass	Refer
出生時数 ^{※1}		(A)		
他院からの検査紹介数		(B)		
検査実施 ^{※2}	初回検査	(C)	(w)	(y)
	確認検査	(y)	(x)	(z)
検査未実施	NICU 搬送	(D)		
	希望せず	(E)		
備 考		件数は、以下の通りになります $(A) = (B) + (C) + (D) + (E)$ $(C) = (w) + (y)$ $(y) = (x) + (z)$		

※1 他院より搬送され分娩された方も含みます。
 ※2 分娩後他院より、検査のみで紹介された方も含みます。

以上

【様式 8-2：新生児聴覚スクリーニング実績報告(小児科・NICU) 記入方法】

きこえの支援センター ・ TEL/FAX : 098-895-1481 E-mail : kikoe-33@kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp
 <<様式 8-2>> (新スク実施機関(産科) → 支援センター)

新生児聴覚スクリーニング検査実績報告書(小児科・NICU用)

2024 年 3 月 〇 日

住所 : 那覇市〇〇
 医療機関名 : 〇〇病院
 科名 : NICU
 電話番号 : 098〇〇〇〇
 記入者名 : 〇〇

2023 年(1月~12月)に生まれた児の検査状況について、次のとおり報告します。

検査機器 : 自動 ABR OAE
 検査担当者 : 医師 助産師 看護師 臨床検査技師 その他 ()

記

検査件数

検査区分		総件数	Pass	Refer
入院件数	自施設から	(A)		
	他施設から	(B)		
検査実施 ^{※1}	初回検査	(C)	(w)	(y)
	確認検査	(y)	(x)	(z)
検査未実施	希望せず	(D)		
	その他	(E)		
備 考		件数は、以下の通りになります $(A) + (B) = (C) + (D) + (E)$ $(C) = (w) + (y)$ $(y) = (x) + (z)$		

※1 他院より搬送され分娩された方も含みます。

以上

