

【様式 9-2：二次聴力検査依頼票；乳幼児（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 9-2》

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

二次聴力検査依頼票 (乳幼児用)

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	那覇市		
児の生年月日	2020 年 2 月 1 日生	性別	女
主訴	〇〇〇		
検査希望期間 (3 週間程度)	2024 年 3 月 2 日 ~ 2024 年 3 月 23 日		
特記事項	合併症 (〇〇〇)		

※ 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 (乳幼児用)

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。

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
備考	

XI. 資料・様式

【様式 9-3：二次聴力検査機関 予約票；乳幼児 見本】

《様式 9-3》 (依頼施設 → 保護者)

必要な際にご使用ください

記入日： 2024 年 3 月 3 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。

※ 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『一緒にあると安心する寝具の持ち込み』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	おきなわ 沖縄 センター
医療機関	〇〇病院 Tel : 09800000
診察予約日	2024 年 3 月 〇 日 (〇) 〇 時
備考	

【様式 9-4：診療情報提供書；乳幼児（二次聴力検査機関宛） 見本】

《様式 9-4》 （依頼施設 → 二次検査機関）

診療情報提供書

2024 年 3 月 3 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 病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 : 〇〇クリニック

医師 : 〇〇

下記の児の二次聴力検査をお願いします。

ふりがな 患者氏名	おきなわ 沖縄 センター	確認番号	24 - RYU - 000
生年月日	2020 年 2 月 1 日生	性別	女
住所	〒 901-〇〇 那覇市〇〇		
電話番号	090〇〇〇〇		

- 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 10-2：精密聴力検査機関 予約票；乳幼児 見本】

《様式 10-2》 (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 25 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。

※ 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『一緒にあると安心する寝具の持ち込み』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	おきなわ 沖縄 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 4 月 〇 日 (〇) 〇 時
備考	

XI. 資料・様式

【様式 10-3：診療情報提供書；乳幼児(精密聴力検査機関宛) 見本】

《様式 10-3》 (二次検査機関 → 琉球大学病院)

診療情報提供書

2024 年 3 月 25 日

琉球大学病院

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

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 : ○○病院

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	おきなわ 沖縄 センター	確認番号	24 - RYU - 000
生年月日	2020 年 2 月 1 日生	性別	女
住所	〒 901-00 那覇市○○		
電話番号	090○○○○		

- 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 10-4：精密聴力検査依頼票；乳幼児（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 10-4》 2024 年 3 月 24 日 ■ ① 二次検査機関 → 支援センター (精密依頼)
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：乳幼児用)

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 ○○

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。

ふりがな氏名	おきなわ 沖縄 センター	性別	女
住所	那覇市○○		
電話番号	0900000		
児の生年月日	2020 年 2 月 1 日生		
検査日	2024 年 3 月 24 日		
検査機器	ABR		
結果	右耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (50 dB)	
	左耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (50 dB)	
主訴	○○○		
検査希望期間 (3 週間程度)	2024 年 3 月 25 日 ~ 2024 年 4 月 15 日		
特記事項	合併症 (○○○)		

精密聴力検査予約票 (乳幼児用)

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