

【様式 4-1：二次聴力検査依頼票】

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》

年 月 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

所在地 :  
医療機関名 :  
連絡先 :  
医師 :

ふりがな 保護者氏名			電話番号	
保護者住所				
ふりがな 児の氏名		性別	男 ・ 女	
児の生年月日	年 月 日 日生	出生体重	g	
		在胎週数	週	
特記事項				
新スク検査	初回検査		再検査	
	年 月 日		年 月 日	
検査機器	AABR ・ OAE			
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)	年 月 日 ~		年 月 日	
備考	(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 ( )			
関係機関への通知を保護者へ同意を確認した [ 確認した ・ 確認していない ]				

二次聴力検査予約票

以下のようにご報告します。保護者の方へのご連絡をお願いします。

二次聴力検査機関	
確認番号	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時

※ 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

# XI. 資料・様式

【様式 4-2：精密検査依頼票】

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

① 支援センター → 二次検査機関 (検査依頼)  
 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**

二次聴力検査機関

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 耳鼻咽喉科 担当医 御侍史 \_\_\_\_\_

確認番号		依頼施設	
居住市町村	市・町 村	性別	男・女
		出生体重	g
児の生年月日	年 月 日生	在胎週数	週
特記事項			
検査日	初回検査		再検査
	年 月 日	年 月 日	
検査機器	AABR ・ OAE		
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)	年 月 日 ~ 年 月 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**

以下のように検査を予約しましたのでご報告します。

二次聴力検査機関	
連絡先	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	

【様式 4-3：二次聴力検査日予約票】

《様式 4-3》（新スク実施機関 → 保護者）

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 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。

※ 精密検査は、赤ちゃ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ので、タイミングよく検査が行えるよう、ミルクの時間などの調整をお願いします。

また、お子さまの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	
医療機関	Tel : _____
検査予約日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時
結果説明日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時
備 考	

# XI. 資料・様式

【様式 4-4：紹介状(二次聴力検査機関向け)】

〈様式 4-4〉 (新スク実施機関 → 二次聴力検査機関)

**診療情報提供書 (新生児聴覚検査)**

年 月 日

二次聴力検査機関

病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :  
医 師 :

下記のお子さま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。

<b>ふりがな 患者氏名</b>		<b>確認番号</b>	
<b>生年月日</b>	年 月 日生	<b>性別</b>	男 ・ 女
<b>住所</b>	〒		
<b>電話番号</b>			

<b>出生児所見</b>	在胎週数 : 週	出生児体重 : g	
	Apgar score : 点 (1分)	点 (5分)	
	その他 :		
<b>特記事項</b>			
<b>新スク検査</b>	<b>初回検査</b>	<b>再検査</b>	
	年 月 日	年 月 日	
<b>検査機器</b>	AABR ・ OAE		
<b>結果</b>	右 耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
	左 耳	Pass ・ Refer	Pass ・ Refer
<b>精密検査予約</b>	予約済み ・ 予約なし		
<b>備考</b>			

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。