

紹介状

様式6

精密検査実施機関

御中

年 月 日

検査実施医療機関名

〒 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

担当医師氏名 \_\_\_\_\_

下記の児について、精密検査の実施をお願いいたします。

記

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (児との続柄 \_\_\_\_\_)

保護者住所 \_\_\_\_\_

児の氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 女 (いずれかを○で囲んでください)

生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

出生時情報 在胎週数 \_\_\_\_\_週 出生時体重 \_\_\_\_\_g

聴覚検査機種 耳音響放射検査(OAE)・自動聴性脳幹反応(自動ABR)

聴性脳幹反応(ABR) (どれかに○)

検査結果

年	月	日(日齢)	右耳		左耳	
			Pass	Refer	Pass	Refer
			Pass	Refer	Pass	Refer
			Pass	Refer	Pass	Refer
			Pass	Refer	Pass	Refer
			Pass	Refer	Pass	Refer
			Pass	Refer	Pass	Refer

特記事項

Empty box for special notes.