**連 絡 票 （新生児聴覚スクリーニング検査関係）　様式８**

　　　　　　　　　　市・町・村　　　母子保健担当課　　様

　　年　　月　　日

検査実施医療機関名

〒　　　　―

所在地

電話

ＦＡＸ

連絡者

下記の児について、今後の指導をお願いしたく連絡いたします。

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

 　 　右耳　　　　　　　 左耳

　　年　　月　　日（日齢　　　）　　Pass Refer　　　Pass Refer

　　　　　　　　月　　日（日齢　　　）　　Pass Refer　　　Pass Refer

　　　　　　　　月　　日（日齢　　　）　　Pass Refer　　　Pass Refer

紹介先

保護者へ行った指導

母子保健担当者に行って欲しいこと

本連絡票を送ることについては、保護者（父・母）の了解を得ています。