

石垣市に住民登録のある生後28日未満の方

竹富町にお住まいの生後28日未満の方

## 新生児聴覚検査受診票

ふりがな	性別	生年月日	
新生児氏名	男・女	年 月 日生	
お名前が決まっていたら、ご記入ください。			
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	電話番号 ( )		
第1回 検査実施日	年 月 日	日 齢	日 ( 生後 日 )
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)	判定	正常 (両耳 PASS) 要再検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
一回目の検査の結果判定によって、右記のことをおこなってください	下記の事を実施し、実施した場合は□に☑を入れて下さい <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査実施に当たって、保護者への説明と同意書の受理 <input type="checkbox"/> 正常の場合、結果を説明し検査結果を母子健康手帳に貼付 <input type="checkbox"/> 再検査となった場合は、2日後以降に再検査を実施		
特記事項	・在胎週数( )週 出生時体重( )g ・その他特記事項		
医療機関名			
医師名	その他 担当者名		

(保護者の方へ)

○この受診票は、石垣市・竹富町が委託契約を行っている医療機関以外では使用できません。

○この受診票は、1回目の検査で使用するものです。

○検査は生後2～4日目に行いますので、入院時に母子健康手帳とともにご持参ください。