

☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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。