精密聴力検査依頼紹介状

　　　　年　　月　　日

　精密聴力検査機関　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

新生児聴覚検査実施医療機関

所在地

医師名

　下記のお子さんの精密聴力検査を依頼いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 男女 |
| 住　　所　電話番号 |
| 　出生時所見　　（出生体重　　　　　　　ｇ）（在胎週数　　　週　　　　日）　経過・特記事項等 |
| 　聴覚検査結果　・使用機器：（　自動ABR　　　　　OAE　）いずれかに〇をつけてください。　・検査結果：検査日（初回）　　　年　　　月　　　日（日齢　　　日）　　　　　　　　　　　　　　右耳（ pass refer ） 左耳（ pass refer ） 検査日（最終）　　　年　　　月　　　日（日齢　　　日）　　　　　　　　　　　　　　右耳（ pass refer ） 左耳（ pass refer ）  |
| （備考） |