

第 1 号様式（第 4 条関係）

（表）

## 東員町新生児聴覚スクリーニング検査受診票

委託機関 様

東員町長

次の産婦が出産した児の新生児聴覚スクリーニング検査を依頼します。

### 保護者の方へ

- この受診票は、出産後、最初の新生児聴覚スクリーニング検査時にお使  
いてください。
- 検査は、出産後入院中に受けてください。里帰り出産等で入院中に受け  
られない場合は、出産後 1 か月までに受けてください。ただし、医師  
の指示がある場合を除きます。
- 生後 1 か月を超えると、助成は受けられませんので注意してください。
- この受診票は、町内在住の産婦が出産した児の検査を実施するに当たり  
委託機関で利用できます。ただし、町外へ転居した場合は、使用でき  
ませんので、転居先の市区町村にお問い合わせください。
- この受診票は、裏面の聴覚検査を実施した場合に、3,000 円を上限とし  
て補助するものです。実際の検査費用が 3,000 円を超えた場合は、自  
己負担額が発生しますので、ご了承ください。
- この受診票は、委託機関から東員町に提出されます。
- この受診票は、原則再発行はできません。
- 次の欄に必要な事項を記入した上でご利用ください。

新生児生年月日	年 月 日
母（産婦）氏名	
住所	東員町
電話番号	

(裏)

<p>(医療機関記載用)</p> <p>新生児聴覚スクリーニング検査を実施したので報告します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>東員町長 様</p> <p style="text-align: center;">所在地 委託機関名 医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	
検査年月日	年 月 日 (生後 日)
出産施設	<input type="checkbox"/> 自院出産 <input type="checkbox"/> 他院出産
検査方法	実施した検査にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 自動A B R (自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> O A E (耳音響放射検査) <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査結果	検査結果にチェックしてください。  <b>【右耳】</b> <input type="checkbox"/> パス (Pass) <input type="checkbox"/> 要再検 (Refer)  <b>【左耳】</b> <input type="checkbox"/> パス (Pass) <input type="checkbox"/> 要再検 (Refer)  ※検査結果を母子健康手帳に記載 (又は受診票を貼付) してください。