

阿蘇市新生児聴覚検査受診票

保護者氏名 _____ 保護者生年月日 _____ 年 月 日

住 所 _____

新生児氏名* _____ 新生児生年月日 _____ 年 月 日

*未定の場合は空欄可

※太枠の中をご記入の上、新生児聴覚検査を受ける医療機関へ提出してください。

【医療機関記入欄】

検査日 _____ 年 月 日

※実施した検査・検査結果を○で囲んでください。

対象検査	検査結果		検査費用
	右耳	左耳	
1 自動ABR (自動聴性脳幹反応検査)	異常なし・要精密検査	異常なし・要精密検査	円
2 OAE (耳音響放射検査)	異常なし・要精密検査	異常なし・要精密検査	円

上記の検査を実施しました。

年 月 日

実施医療機関