

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

二次聴力検査の予約について



詳しい検査を行う医療機関を下記のとおり予約しています。
必ずお受けいただきますようお願いいたします。

※ 精密検査は、赤ちゃんが眠っている間に音を聞かせて、その時の脳波を測定して行いますので、タイミングよく検査が行えるよう、ミルクの時間などの調整をお願いします。

また、お子さまの体調を崩してしまったなど、ご都合が悪くなった場合は、下記への連絡で変更は可能ですので、お気軽にご連絡ください。

児の氏名	
医療機関	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	

《様式 9-1》

年 月 日 ① 依頼施設 → 支援センター (精査依頼)
 年 月 日 ② 支援センター → 依頼施設 (検査日報告)

※ 依頼施設は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査依頼票

所在地	:
医療機関名	:
連絡先	:
医師	:

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
住所			
電話番号			
児の生年月日	年	月	日生
主訴			
検査希望期間 (3週間程度)	年	月	日 ~ 年 月 日
特記事項			
検査希望地域	本島 (南部 ・ 中部 ・ 北部) ・ 宮古 ・ 石垣 ・ 県外 ()		

二次聴力検査予約票

以下のようにご報告します。保護者の方へのご連絡をお願いします。

二次聴力検査機関	
確認番号	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時

※ 確認番号は二次聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします

診療情報提供書

年 月 日

二次聴力検査機関

病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記のお子さまの二次聴力検査をお願いします。

ふりがな 患者氏名		確認番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号			

--

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。