精密聴力検査結果報告書

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　（新生児聴覚検査実施医療機関）

　　　　　　　　　　　　先生御侍史

ご紹介ありがとうございます。

精密検査結果がでましたのでご報告させていただきます。

子供の名前：

性　　別：　　　男　・　女

生年月日：　　　年　　月　　日（　　歳）

BOA、COA、ABR、ASSRなどの精密聴力検査の結果：

今後の方針：

精密聴力検査機関：

住所：

電話番号：

耳鼻咽喉科　医師名：