新生児聴覚検査等検査結果兼育児支援連絡票

　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　医療機関：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者：

　　　年　　月　　日

　下記の方について、育児支援をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  児の氏名 | （男・女）  年　　月　　日生 |
| ふりがな  保護者氏名 |  |
| 保護者住所 | 電話　　　　-　　　　-  ※退院後の連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出生時の状況  （不明の場合は未記入） | 在胎週数　（　　　　　週）  出生時体重（　　　　　ｇ）  その他特記事項 |

* 新生児聴覚検査

|  |  |
| --- | --- |
| 結　果 | 年　　月　　日実施　　　　　自動ABR　/　OAE  新生児聴覚検査において（　右　・　左　・　両側　）が要再検でした。 |
| 精密検査紹介  医療機関 | 紹介医療機関名：  受診予定日：　　　年　　月　　日（決定の場合に記入） |

* 精密検査

|  |  |
| --- | --- |
| 精密検査結果 | 受診日　・　診断日：　　　年　　　月　　　日  結　果： |

|  |  |
| --- | --- |
| 育児支援の必要性など |  |

※本連絡票を、お住いの市町村（子育て世代包括支援センター）保健師等に連絡することについて、保護者の了解を得ています。

※本連絡票は、医療機関からお住いの市町村（子育て世代包括支援センター）保健師等へお送り頂くか、保護者から市町村（子育て世代包括支援センター）保健師等へ持参または送付して頂きますようお願いします。