

(8) 市町村（子育て世代包括支援センター）への紹介（相談・育児支援）

医療機関は、確認検査及び二次検査で「リファー（要再検）」となった場合、早期からの支援をするため、保護者の同意を得た上で、「育児支援連絡票」（P.36様式6-1）により、市町村（子育て世代包括支援センター）の保健師へ連絡してください。

市町村（子育て世代包括支援センター）の保健師は、医師や関係者との連絡調整を行い、保護者への相談・育児支援を行います。

また、市町村（子育て世代包括支援センター）は電話や訪問等による対応状況を、「育児支援報告書」（P.37様式6-2）により、連絡元の医療機関へ報告します。

(9) 母子健康手帳への記載と確認

新生児聴覚スクリーニング検査を実施した医療機関は、原則として、その実施年月日、検査法及び検査結果を母子健康手帳に貼り付けるか、記載をします。

市町村（子育て世代包括支援センター）は、出生届出時や訪問指導等の際に、新生児聴覚検査の受検状況を確認します。

また、未受検者に対しては啓発リーフレット「赤ちゃんの聴覚検査を受けましょう」（P.29様式1）を活用し、検査の目的や必要性を説明してください。

母子健康手帳（記載例）

検査の記録		
検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)	R5年 4月 1日	右 (パス・リファー) 左 (パス・リファー)
リファー（要再検査）の場合	年 月 日	
先天性サイトメガロウイルス検査	年 月 日	陰性・陽性

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

予備欄

ABR ●●●

ID 12345

2023/4/1

Left ear PASS

Right ear PASS

予備欄に、検査結果を貼付