精密聴力検査依頼紹介状

　　　　年　　月　　日

　精密聴力検査機関　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

新生児聴覚検査実施医療機関

所在地

医師名

　下記のお子さんの精密聴力検査を依頼いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 男  女 |
| 住　　所  　電話番号 | | | |
| 出生時所見　　（出生体重　　　　　　　ｇ）（在胎週数　　　週　　　　日）  　経過・特記事項等 | | | |
| 聴覚検査結果  　・使用機器：（　自動ABR　　　　　OAE　）いずれかに〇をつけてください。  　・検査結果：検査日（初回）　　　年　　　月　　　日（日齢　　　日）  　　　　　　　　　　　　　　右耳（ pass refer ） 左耳（ pass refer ）  検査日（最終）　　　年　　　月　　　日（日齢　　　日）  　　　　　　　　　　　　　　右耳（ pass refer ） 左耳（ pass refer ） | | | |
| （備考） | | | |