新生児聴覚検査等育児支援報告書

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村名：

　　　年　　月　　日

　下記の方について、対応状況を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　-　　　　- |
| 訪問指導等の状況 | 年　　　月　　　日対応 |
| その他の報告事項 |  |
| 市町村等  担当者 | 市・町・村  電話（　　　　）　　　　－  記入者 |

※本連絡票は、市町村（子育て世代包括支援センター）から医療機関へお送りいただきますようお願いします。