様式８－１（医療機関→市町保健師等）

　　年　　月　　日

**新生児聴覚検査等検査結果兼育児支援連絡票**

提供先市町　　　　　　　　　市町長　殿

紹介元医療機関の住所地及び名称

電話番号

医師名

(助産院の場合 代表者氏名)　　　　　　　　　　　　印

　下記の方について、（　　　）検査結果をお知らせします。

(　　　)「訪問指導等育児支援をお願いします。※（　）に○印をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　- 　 - |
| 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： |

**□　新生児聴覚スクリーニング検査**

|  |  |
| --- | --- |
| 結　　果 | 　　年　　　月　　日実施　　　　自動ABR　 １　異常なし２　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、お住まいの市町村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、医療機関からお住まいの市町保健師へお送り頂きますようお願いします。**

**＊必要がある場合は続紙に記載して添付してください。**