

(様式第7号)

新生児聴覚スクリーニング検査結果票

新生児聴覚スクリーニング検査実施医療機関の方へ

①ご本人が「新生児聴覚スクリーニング検査受診票」をお持ちでない場合は、結果票に検査結果を記入してください。

②記載後、鳥栖市に送付するか、ご本人にお渡しください。
FAXで送付いただいても構いません。FAXの場合は、受診者名と生年月日は記入せずに電話でお伝えください。

ふりがな 昭和
産婦氏名 _____ 生年月日 平成 年 月 日

ふりがな
新生児氏名 _____ 生年月日 令和 年 月 日

(実施機関記入欄)

新生児聴覚検査結果

	検査日	検査内容	右耳	左耳
初回検査	年 月 日	AABR・ABR・OAE	パス・リファー	パス・リファー
確認検査	年 月 日	AABR・ABR・OAE	パス・リファー	パス・リファー
確認検査	年 月 日	AABR・ABR・OAE	パス・リファー	パス・リファー

尿中CMV検査

実施状況	実施・未実施・実施予定	(実施の場合) 結果	(+)・(-)
------	-------------	------------	---------

リファーの場合

精密医療機関名	予約日	年	月	日
---------	-----	---	---	---

その他特記事項

検査の結果は上記のとおりです。

実施機関名

所在地

担当医師名

〒841-0037

佐賀県鳥栖市本町3丁目1496番地1

鳥栖市健康増進課 保健予防係

TEL: 0942 (85) 3650

FAX: 0942 (85) 3652