様式第１号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 新生児検査受診票  母氏名  母住所  母子健康手帳番号  新生児氏名　　　　　　　　　　　　新生児生年月日　　　　　年　　月　　日 |
| １．新生児聴覚検査  実施医療機関名  検査日　　　　　年　　月　　日  　　※実施した検査・検査結果を○で囲んでください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 対象検査 | 検査結果 | 検査費用 | | １ AABR（自動聴性脳幹反応検査） | 異常なし・要精密検査 | 円 | | ２ OAE（耳鼻音響放射検査） | 異常なし・要精密検査 | 円 |   ２．新生児マス・スクリーニング検査  　　実施医療機関名  検査日　　　　　年　　月　　日  　　※実施した検査・検査結果を○で囲んでください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 対象検査 | 検査結果 | | 検査費用 | | １ 先天性代謝異常等検査 | 異常なし・要精密検査 | | 採血料のみ  円 | | ２ ライソゾーム病検査 | 異常なし・要精密検査 | | 円 | |  | | 合計 | 円 |   　上記の検査を実施しました。  　　　　　　　　年　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　実施医療機関　　　　　　　　　　　　　　㊞ |