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　　　　　　　　　　　　　　㊞ |