

様式第1号(第2条関係)

## 新生児聴覚スクリーニング検査結果票

フリガナ		生年月日
新生児氏名		
フリガナ		生年月日
保護者氏名		
住所		
電話番号		

新生児氏名の欄は空白でも可

	初回検査	確認検査
検査日		
	生後( )日	生後( )日
検査機器	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE
検査結果	右耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー	右耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー
	左耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー	左耳 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー

検査実施 医療機関	
検査実施 医師名	