

【様式 5-1：二次聴力検査報告・精密聴力検査依頼票】

きこえの支援センター ・ TEL/FAX : 098-895-1739 Mail : kikoe-33@kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp

《様式 5-1》

年 月 日  ① 二次検査機関 → 支援センター (精査依頼)

年 月 日  ② 支援センター → 二次検査機関 (検査日報告)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

二次聴力検査結果報告・精密検査依頼票

所在地 :  
医療機関名 :  
連絡先 :  
医 師 :

確認番号			
児の生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
特記事項			
検査日	年 月 日		
検査機器	ASSR ・ ABR ・ OAE ・ BOA (COR)		
結果	右耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり ( dB)	
	左耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり ( dB)	
検査希望期間 (3週間程度)	年 月 日 ~ 年 月 日		
備考	(希望期間内での除外日や里帰り出産の場合は、記載お願いします)		

精密検査予約票

以下のようにご報告します。保護者の方へのご連絡をお願いします。

精密検査機関	琉球大学病院 耳鼻咽喉科
連絡先	098-895-1481 (耳鼻咽喉科 検査室)
検査予約日	年 月 日 時 分
結果説明日	年 月 日 時

# XI. 資料・様式

## 【様式 5-2：精密聴力検査日予約票】

《様式 5-2》 (二次検査機関 → 保護者)

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 精密聴力検査の予約について



**詳しい検査を行う医療機関を下記のとおり予約しています。**  
必ずお受けいただきますようお願いします。

※ 精密検査は、赤ちゃんが眠っている間に音を聞かせて、その時の脳波を測定して行いますので、タイミングよく検査が行えるよう、ミルクの時間などの調整をお願いします。

また、お子さまの体調を崩してしまったなど、ご都合が悪くなった場合は、下記への連絡で変更は可能ですので、お気軽にご連絡ください。

児の氏名	
医療機関	琉球大学病院 耳鼻咽喉科 TEL/FAX：098-895-1481 (検査室) (月曜～金曜日 9～17時)
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	

【様式 5-3：紹介状(精密聴力検査機関向け)】

〈様式 5-3〉 (二次検査機関 → 琉球大学病院)

診療情報提供書 (新生児聴覚検査)

年 月 日

琉球大学病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記のお子さまの二次聴力検査を行いました。引き続き精密検査をお願いします。

ふりがな 患者氏名		確認番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号			

出生児所見	在胎週数 : 週 出生児体重 : g Apgar score : 点 (1分) 点 (5分)
	その他 :
特記事項	
検査日	年 月 日
検査機器	ABR ・ ASSR ・ その他 ( )
結果	右耳 聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり ( dB)
	左耳 聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり ( dB)
検査予約	予約済み ・ 予約なし
備考	

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

# XI. 資料・様式

【様式6：精密聴力検査報告書】

きこえの支援センター ・ TEL/FAX : 098-895-1739 Mail : kikoe-33@kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp

《様式6》

年 月 日 □ ① 琉球大学病院 → 支援センター (結果報告)

※ 依頼機関は太枠の欄のみご記入ください

## 精密聴力検査結果報告

医療機関名 : 琉球大学病院 耳鼻咽喉科

連絡先 : 098-895-1481 (検査室)

ふりがな 児の氏名			確認番号	
児の生年月日	年	月	日生	性別 男 ・ 女
特記事項				
検査日	年	月	日	
検査機器	ASSR		回数	回
結果	右耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (      dB)		
	左耳	聴覚障害なし ・ 聴覚障害あり (      dB)		
備考				

【様式 7-1：育児支援依頼票(新生児聴覚スクリーニング検査後)】

《様式 7-1》 (支援センター → 母子保健担当課)

育児支援連絡票 (聴覚障がい)

(市・町・村)

母子保健担当者各位

年 月 日

琉球大学病院 きこえの支援センター

TEL/FAX : 098-895-1739

担当者名 :

下記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査結果についてご報告します。  
市町村における支援等をお願いします。

ふりがな 保護者名			
住所			
電話番号			
ふりがな 児の名前			
児の生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
出生時体重	g	在胎週数	週
特記事項			

新スク実施日	初回検査	再検査	
	年 月 日	年 月 日	
検査方法	AABR ・ OAE		
結果	右耳	Pass ・ Refer (要再検)	Pass ・ Refer (要再検)
	左耳	Pass ・ Refer (要再検)	Pass ・ Refer (要再検)
二次聴力検査機関			
検査予約日	年 月 日 (決まっていれば記入)		
特記事項			

※ 本報告書を市町村担当課に送ることは、保護者の了承を得ております。

# XI. 資料・様式

【様式 7-2：育児支援依頼票(精密聴力検査後)】

≪様式 7-2≫ (支援センター → 母子保健担当課)

**育児支援連絡票（聴覚障がい）**

(市・町・村)

母子保健担当者各位

年 月 日

琉球大学病院 きこえの支援センター

TEL/FAX : 098-895-1739

担当者名 :

下記のとおり、精密検査結果についてご報告します。  
市町村における支援等をお願いします。

ふりがな 保護者名			
住所			
電話番号			
ふりがな 児の名前			
児の生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女

  

精密検査日	年 月 日	
精密検査機関		
結果	右耳	聴覚障がいなし ・ 聴覚障がいあり ( dB)
	左耳	聴覚障がいなし ・ 聴覚障がいあり ( dB)
診断名		
合併症		
今後の治療 と療育方針		
特記事項		

※ 本報告書を市町村担当課に送ることは、保護者の了承を得ております。

【様式 7-3：支援報告書】

きこえの支援センター ・ TEL/FAX：098-895-1739 Mail：kikoe-33@kikoe.skr.u-ryukyu.ac.jp  
 <様式 7-3> (母子保健担当者 → 支援センター)

**育児支援報告書（聴覚障がい）**

年 月 日

市町村名：

下記のとおり、支援の状況を報告します。

ふりがな 児の名前			
児の生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
ふりがな 保護者名			
被面接者	母親 ・ 父親 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ( )		
住所			
電話番号			
種別	訪問 ・ 電話 ・ 健診時 ・ その他 ( )		
訪問指導などの 状況	年 月 日 対応		
その他の 報告事項			
今後の支援 内容・方針	1. 継続支援 2. 健診などでの経過観察予定 3. その他 ( )		
担当者	市町村名		担当課名
	担当者名		
	電話番号		