

# XI. 資料・様式

## 【様式 8-1：新生児聴覚スクリーニング検査実績報告(産科)】

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 8-1> (新スク実施機関(産科) → 支援センター)

### 新生児聴覚スクリーニング検査実績報告書(産科用)

年 月 日

住所 :  
 医療機関名 :  
 電話番号 :  
 医師名 :

\_\_\_\_\_年(1月~12月)に生まれた児の検査状況について、次のとおり報告します。

#### 記

検査件数

検査区分		総件数	Pass	Refer
出生時数 <sup>※1</sup>		件		
検査実施 <sup>※2</sup>	初回検査	件	件	件
	再検査	件	件	件
検査未実施	NICU 搬送	件		
	希望せず	件		
備 考				

※1 他院より搬送され分娩された方も含みます。

※2 分娩後他院より、検査のみで紹介された方も含みます。

以上

【様式 8-2：新生児聴覚スクリーニング検査実績報告（小児科・NICU）】

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 8-2> （新スク実施機関（小児科・NICU） → 支援センター）

**新生児聴覚スクリーニング検査実績報告書（小児科・NICU用）**

年 月 日

住所 :  
 医療機関名 :  
 電話番号 :  
 医師名 :

\_\_\_\_\_年（1月～12月）に生まれた児の検査状況について、次のとおり報告します。

記

検査件数

検査区分		総件数	Pass	Refer
入院件数	自施設から	件		
	他施設から	件		
検査実施 <sup>※1</sup>	初回検査	件	件	件
	再検査	件	件	件
検査未実施		件		
備 考				

※1 他院より搬送され分婉された方も含みます。

以上

# XI. 資料・様式

【様式 9-1：二次聴覚検査依頼票(乳幼児)】

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

① 依頼施設 → 支援センター (精査依頼)  
 ② 支援センター → 依頼施設 (検査日報告)

※ 依頼施設は太枠の欄のみご記入ください

### 二次聴力検査依頼票

所在地 :	
医療機関名 :	
連絡先 :	
医師 :	

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
住所			
電話番号			
児の生年月日	年 月 日	日生	
主訴			
検査希望期間 (3週間程度)	年 月 日	~	年 月 日
特記事項			
検査希望地域	本島 ( 南部 ・ 中部 ・ 北部 ) ・ 宮古 ・ 石垣 ・ 県外 (            )		

### 二次聴力検査予約票

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。

二次聴力検査機関	
確認番号	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時

※ 確認番号は二次聴力検査機関への情報提供書に記載をお願いします

【様式 9-2：精密依頼票(乳幼児)】

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 9-2》

年 月 日  ① 支援センター → 二次検査機関 (検査依頼)  
 年 月 日  ② 二次検査機関 → 支援センター (検査日報告)

**二次聴力検査依頼票**

二次聴力検査機関

病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

確認番号		依頼施設	
居住市町村	市・町・村		
児の生年月日	年 月 日生	性別	男・女
主訴			
検査希望期間 (3週間程度)	年 月 日 ~	年 月 日	
特記事項			

※ 情報提供書には確認番号が記載されています

※ 二次聴力検査機関は太枠の欄のみご記入ください

**二次聴力検査予約票**

以下のように検査を予約しましたのでご報告します。

二次聴力検査機関	
連絡先	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	

# XI. 資料・様式

## 【様式 9-3：二次検査日予約票(乳幼児)】

《様式 9-3》 (依頼施設 → 保護者)

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

### 二次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に予約しています。**

必ずお受けいただきますようお願いいたします。

※ 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	
検査予約日	年 月 日 時
結果説明日	年 月 日 時
備考	

【様式 9-4：紹介状(二次聴覚検査機関向け；乳幼児)】

《様式 9-4》 (依頼施設 → 二次検査機関)

**診療情報提供書**

年 月 日

二次聴力検査機関

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			

- 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。



【様式 10-2：精査日予約票(乳幼児)】

《様式 10-2》 (二次検査機関 → 保護者)

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

二次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に予約しています。

必ずお受けいただきますようお願いいたします。

※ 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	



# XI. 資料・様式

## 【様式 10-3：紹介状(精密聴力検査機関向け：乳幼児)】

〈様式 10-3〉 (二次検査機関 → 琉球大学病院)

### 診療情報提供書

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			

- 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。