

新生児聴覚検査受診結果記入書

母の氏名		実施医療機関名	
対象者（子）の氏名		対象者（子） の生年月日	年 月 日
検査実施日	年 月 日		

<新生児聴覚検査受診結果>

審査の結果、助成対象外となることもありますので御注意ください。

使用機器	右耳 (該当するものに○)	左耳 (該当するものに○)
1. OAE	1. パス ・ 2. リファアー	1. パス ・ 2. リファアー
2. 自動ABR	1. パス ・ 2. リファアー	1. パス ・ 2. リファアー

私は新生児聴覚検査受診結果を杉並区に提供し、医療機関への問い合わせ、受診結果の確認をすることに同意します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(届出人) \_\_\_\_\_