様式７－１（新生児聴覚検査実施医療機関等→精密検査実施機関）

**精密検査依頼紹介状（診療情報提供書）**

紹介先精密検査実施機関名

担当医　　　　　　　科　　　　　　　　殿

　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

(助産院の場合 代表者氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

下記のお子さんの精密聴力検査を依頼いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏 名 | 男  　　　　　　　　　　　　 女 |
| 住　　所  電話番号 | | | |
| 出生時所見　　（出生体重　　　　　　　g）（在胎週数　　　　週　　　　日）  経過・特記事項等 | | | |
| 聴覚スクリーニング結果  ・使用機器：（　自動ABR ）  ・検査結果：検査日（初回）　　　　年　　月　　日（日齢　　日）  　　　　　　　　　　　　　右耳（pass refer） 左耳（pass refer）  　　　　　　検査日（最終）　　　　年　　月　　日（日齢　　日）  　　　　　　　　　　　　　右耳（pass refer）　左耳（pass refer） | | | |
| （備考） | | | |

**（紹介元医療機関へのお願い）**

**＊紹介状に、様式７－２（精密検査結果連絡票）の添付をお願いします。**

**（精密検査実施機関へのお願い）**

**＊精密検査結果を、別添の様式７-２（精密検査結果連絡票）にて、お子さんの住所地の市町**

**担当課まで、送付をお願いします。**