

大野城市 新生児聴覚検査受診結果票

○太枠内は保護者の方が記入してください。

フリガナ 受検者氏名 (決まっている場合)		生年月日	年 月 日
フリガナ 保護者氏名	(生 年 月 日 . .)	T E L	
住民票の ある住所			

検査結果

□該当欄にシをつけてください。

出産施設	☐ 自院出産 ☐ 他院出産			
初 回 検 査	検査日	検査方法		結果
	年 月 日	☐ 自動 A B R (自動聴性脳幹反応)	右 耳	☐ 異常なし (Pass) ☐ 要再検 (Refer)
	(生後 日目)	☐ O A E (耳音響放射)	左 耳	☐ 異常なし (Pass) ☐ 要再検 (Refer)
確 認 検 査	検査日	検査方法		結果
	年 月 日	☐ 自動 A B R (自動聴性脳幹反応)	右 耳	☐ 異常なし (Pass) ☐ 要再検 (Refer)
	(生後 日目)	☐ O A E (耳音響放射)	左 耳	☐ 異常なし (Pass) ☐ 要再検 (Refer)

判定	☐ 異常なし ☐ 要精密
要精密の 紹介先医療機関	
検査機関の名称 所在地 担当医師名	

※検査結果を母子健康手帳に記載（又は結果票を貼付）してください。