参考様式５（分娩取扱施設／2次検査実施医療機関／精密検査実施医療機関→市町村）

**市町村連絡票**

年　　　月　　　日

　　　　　　市町村　母子保健主管課御中

（検査実施機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当医（者）名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のお子様の新生児聴覚スクリーニング検査（聴覚精密検査）を行いました。

相談対応等の支援のため連絡します。

なお、連絡にあたっては、保護者の同意を得ています。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　男・女 | | | | 生年月日　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　） | | | | | | | |
| 出生時所見 | 在胎週数　　　　　週　・　出生時体重　　　　　　ｇ | | | | |
| スクリーニング結果 | 使用機器 | 右耳 | | 左耳 | 検査日 |
| 自動ABR | パス・リファー | | パス・リファー | 年　月　日 |
| OAE | パス・リファー | | パス・リファー | 年　月　日 |
| ※精密検査  結果 | ＜聴覚障害の状況＞  （右）　　　db　　　　　・（左）　　　　　db | | | | |
| ＜合併症の有無＞  　　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ＜療育機関の紹介＞  なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 期待する支援  特記事項等 |  | | | | |

　※欄は聴覚精密検査を行った場合のみ記載してください。

　診療情報提供書により情報の提供を行う場合は、この様式を参考にして、必要な項目を診療情報提供書の様式に追加する、あるいは診療情報提供書の続紙として添付してください。