

みほん

様式第1号（第4条関係）

新生児聴覚検査受診票兼結果票

受診 年 月 医療機関コード _____
太枠は保護者が記入し医療機関に提示し受診してください。

発券番号	健診コード	市町村コード	年	受診者番号	CD
	1 7	0 3			

ふりがな 乳児氏名	命名未	生年月日	年 月 日
ふりがな 産婦氏名 (保護者氏名)		電話番号	
住所	岐阜県高山市		

上記、自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR）による新生児聴覚検査を依頼します。
年 月 日

医療機関の長 様

高山市長

初回検査	検査年月日	年 月 日
	検査結果	右耳 1 パス（異常なし） 2 リファア（要再検査） 左耳 1 パス（異常なし） 2 リファア（要再検査）
確認検査	検査年月日	検査結果
	検査結果	検査結果は、検査結果が「要再検査」の場合に行います。
確認検査で要		）

赤枠内を医療機関で記入してもらってください

依頼のあった新生児聴覚検査結果は上記のとおりです。
医療機関名、担当医師

~~※委託契約を締結していない医療機関（岐阜県外の医療機関等）の方~~
検査費用は受診された方に請求してください。これより以下のご記入は不要です。

新生児聴覚検査費請求書

金 円也 左記のとおり新生児聴覚検査に要した費用を請求します。

※検査費用 ≥ 市町村公費負担額 = 市町村公費負担額、検査費用 < 市町村公費負担
年 月 日 委託医療機関の名称、住所、代表者名

高山市長 様

----- 切り取り線 （ 於 医療機関 ） -----

新生児聴覚検査請求書

医療機関控

金 円也
産婦氏名
市町村名 高山市
請求年月日 年 月 日

健診コード	市町村コード	年	受診者番号	CD
1 7	0 3			