

新生児聴覚スクリーニング検査受診票

No.

年 月 日

※この枠内は、保護者の方がご記入ください。

赤ちゃんのお名前 (決まらぬ場合) 女	みほん	男
生 年 月 日	3枚複写の3枚目	生まれ
お母さんのお名前		
住 所	高山市	
電 話 番 号		

上記の新生児の聴覚スクリーニング検査を依頼します。

年 月 日

高山市長

医療機関の長様

検査結果等	初 回 検 査 (年 月 日)	確 認 検 査 (初回検査で要再検の場合のみ) (年 月 日)
右 耳	パ ス ・ 要再検	パ ス ・ 要再検
左 耳	パ ス ・ 要再検	パ ス ・ 要再検

委託医療機関 (高山市内の医療機関)

*上記太枠「結果欄」及び「請求書」に必要事項を記入の上、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高山市医師会まで提出して下さい。

新生児聴覚スクリーニング検査費請求書

金 円也

上記のとおり聴覚検査の結果を報告し、検査に要した費用の一部を請求します。

赤枠を医療機関に記入してもらってください

高山市長様

高山市外の医療機関

*上記太枠結果欄及び領収書に必要事項を記入の上、新生児保護者にお渡し下さい。

新生児聴覚スクリーニング検査費領収書

新生児の母氏名 様

金 円也

上記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査に要した費用を領収しました。

年 月 日

医療機関の名称、住所、代表者名