

## 新生児聴覚検査受診結果記入書

\*母子健康手帳に新生児聴覚検査結果の記載がない場合、以下の欄を記入の上ご提出ください。

|          |  |                 |       |
|----------|--|-----------------|-------|
| 母の氏名     |  |                 |       |
| 対象者(子)氏名 |  | 対象者(子)<br>の生年月日 | 年 月 日 |
| 実施医療機関名  |  | 負担額             | 円     |

<新生児聴覚検査受診結果>

※確認のため、医療機関に問い合わせをさせていただくことがあります。

審査の結果、助成対象外となることもありますのでご注意ください。

| 使用機器<br>(該当するものに○)          | 右耳<br>(該当するものに○) | 左耳<br>(該当するものに○) |
|-----------------------------|------------------|------------------|
| 1. OAE<br>2. 自動ABR<br>3. 不明 | 1. パス 2. リファア    | 1. パス 2. リファア    |

新生児聴覚検査助成金申請日 \_\_\_\_\_ 年 月 日