

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) 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 (該当するものに○)	右耳 (該当するものに○)	左耳 (該当するものに○)
1. OAE 2. 自動ABR 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