様式７－１（新生児聴覚検査実施医療機関等→精密聴力検査実施医療機関又は二次聴力検査医療機関）

**診療情報提供書**

紹介先医療機関名

担当医　　　耳鼻咽喉科　・　小児科　　※紹介科を選択

　　　　　　　　　　　　　　殿

　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

(助産院の場合 代表者氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

下記のお子さんの診療を依頼いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏 名 | 男  　　　　　　　　　　　　 女 |
| 住　　所  電話番号 | | | |
| 出生時所見　　（出生体重　　　　　　　g）（在胎週数　　　　週　　　　日）  経過・特記事項等 | | | |
| 聴覚スクリーニング結果  ・使用機器：（　自動ABR ）  ・検査結果：検査日（初回）　　　　年　　月　　日（日齢　　日）  　　　　　　　　　　　　　右耳（pass refer） 左耳（pass refer）  　　　　　　検査日（最終）　　　　年　　月　　日（日齢　　日）  　　　　　　　　　　　　　右耳（pass refer）　左耳（pass refer） | | | |
| 尿核酸検査結果（先天性サイトメガロウイルス感染症検査）  　・検 査 日：　　　　年　　月　　日（日齢　　日）  　・検査結果： | | | |
| （備考） | | | |

**（紹介元医療機関へのお願い）**

**＊紹介状に、様式７－２（精密検査結果兼育児支援連絡票）の添付をお願いします。**

**＊先天性サイトメガロウイルス感染症検査を実施した場合は、検査結果を記載してください。**

**（検査結果が判明していない場合は、「検査中」と記載してください。）**

**（精密聴力検査実施医療機関又は二次聴力検査医療機関の耳鼻咽喉科へのお願い）**

**＊精密検査結果を、別添の様式７-２（精密検査結果兼育児支援連絡票）にて、お子さんの住所地の市町担当課まで、送付をお願いします。**