

### 新生児聴覚検査申込書（同意書）

山口県知事 様  
山口県内の市町長 様  
新生児聴覚検査を行う医療機関の長 様

別紙の新生児聴覚検査申込説明書(同意説明書)により、私の子どもが新生児聴覚検査を受けることを、（いずれかに○をつけてください。）

希望します

希望しません

また、申込説明書の1～5項目について（いずれかに○をつけてください。）

すべての項目に同意します

同意できない項目（ 番）があります

（署名欄） ※ ここは保護者の方がご記入ください。

日 時 平成〇〇年〇〇月〇〇日（記入日）

保護者氏名 日赤 花子（お母様の名前）

住所（連絡先）

TEL

赤ちゃんのお名前 日赤 太郎 出生体重 2500 g

赤ちゃんの生年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 性別：  男 ・  女

### 新生児聴覚検査の結果

あなたのお子様の〔自動聴性脳幹反応検査(AABR)・耳音響放射検査(OAE)〕による新生児聴覚検査〔初回検査： 年 月 日(日齢)に実施〕の結果は、

右耳： 合格 要確認検査  
左耳： 合格 要確認検査 でした。

また、確認検査〔 年 月 日(日齢)に実施〕の結果は、

右耳： 合格 要精密検査  
左耳： 合格 要精密検査 でした。

新生児聴覚検査（初回検査・確認検査）で「合格」の場合、現時点で耳のきこえには異常はありません。

精密検査が必要な場合は、直ちに耳のきこえが悪いわけではありませんが、詳しい検査をする必要がありますので、精密医療機関で必ずもう一度、検査を受けてください。

なお受診時に、この結果票を持参し、提示してください。

新生児聴覚検査実施機関名

（保護者用）