

耳鼻咽喉科精密聴力検査機関への紹介状書式（例）

紹介状

平成 年 月 日

新生児聴覚スクリーニング後の
精密聴力検査機関

病院担当医様

（聴覚スクリーニング実施機関名）

医療機関名

担当医氏名

下記のお子様の聴覚スクリーニングを行いました。
引き続き精密検査をお願いします。

ふりがな	生年月日
氏名 男・女	平成 年 月 日
住所	

出生時所見	在胎週数	週	出生時体重	g
特記事項				
スクリーニング 結果	使用器機	右耳	左耳	検査日
	自動ABR	パス・リファー	パス・リファー	平成 年 月 日
	OAE	パス・リファー	パス・リファー	平成 年 月 日
精密検査機関 への予約*	あり ・ なし			
備考				

* 精密検査機関にはできるだけ生後3カ月頃までに受診できるようにお願いします。