

精密健康診査受診票（案）（新生児聴覚用）新

（甲・医療機関依頼用）

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児 乳児 1歳6か月児 3歳児	
受給者番号	5										×
フリガナ 受診者氏名									男・女	平成 年 月 日生	
フリガナ 保護者氏名									保険の 記号	番号	
保険者番号									保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者	
保険者名称											
居住地	東京都 電話 ()										
初診有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										
依頼要旨	新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしくお願いたします。										
	検査日 (年 月 日) 検査医療機関 ()										
	検査法 (AABR・OAE) 結果 (右耳 パス・リファー / 左耳 パス・リファー)										
	在胎週数 (週) 出生児体重 (g)										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日 殿 医師											
所見又は今後の処置											
診断名											
難聴	無・有 (右 dB・左 dB)				検査方法		ABR・ASSR・()				
チパノトリー	異常なし・あり (右・左)・未検				鼓膜所見		異常なし・あり (右・左)				
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察 要治療 (補聴器装用・その他)										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日 医療機関名 担当医師名 ㊟											

<保護者の方へ>

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡してください。
- 2 この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。本人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 3 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願い>

- 1 この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 2 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- 3 この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（案）（新生児聴覚用）



（乙・結果通知用）

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児 乳児 1歳6か月児 3歳児	
受給者番号	5										×
フリガナ 受診者氏名									男・女	平成 年 月 日生	
フリガナ 保護者氏名									保険の 記号	番号	
保険者番号									保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者	
保険者名称											
居住地	東京都										
	電話 ()										
初診有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										
依 頼 要 旨	新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしくお願いたします。										
	検査日 (年 月 日) 検査医療機関 ()										
	検査法 (AABR・OAE) 結果 (右耳 パス・リファー / 左耳 パス・リファー)										
	在胎週数 (週) 出生児体重 (g)										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日											
殿											
医師											
所 見 又 は 今 後 の 処 置											
診断名											
難 聴	無・有 (右 dB・左 dB)					検査方法					
チパノメリー	異常なし・あり (右・左)・未検					鼓膜所見 異常なし・あり (右・左)					
指 示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察 要治療 (補聴器装用 ・その他)										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日											
医療機関名 担当医師名										㊞	

<保護者の方へ>

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡してください。
- 2 この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。本人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 3 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願い>

- 1 この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 2 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- 3 この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（案）（新生児聴覚用）



（丙・発行控）

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児 乳児 1歳6か月児 3歳児
受給者番号	5									
フリガナ 受診者氏名									男・女	平成 年 月 日生
フリガナ 保護者氏名									保険の 記号	番号
保険者番号									保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者
保険者名称										
居住地	東京都 電話 ()									
初診有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで									
依頼要旨	新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしくお願いたします。									
	検査日 (年 月 日) 検査医療機関 ()									
	検査法 (AABR・OAE) 結果 (右耳 パス・リファー / 左耳 パス・リファー)									
	在胎週数 (週) 出生児体重 (g)									
上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日 殿 医師										
所見又は今後の処置										
診断名										
難聴	無・有 (右 dB・左 dB)					検査方法				
ツパノトリ	異常なし・あり (右・左)・未検					鼓膜所見 異常なし・あり (右・左)				
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察 要治療 (補聴器装用 ・その他)									
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日 医療機関名 担当医師名 ㊞										

<保護者の方へ>

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡してください。
- 2 この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。本人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 3 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願い>

- 1 この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 2 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- 3 この受診票は、診断の確定まで有効です。