

新生児等聴覚検査受診票

【保護者記入欄】

フリガナ		住所	〒 -
母親氏名	年 月 日		
フリガナ		住所	□同上 〒 -
父親氏名	年 月 日		
フリガナ		住所 ※児の住民票を置く	□母親と同じ □父親と同じ 〒 -
新生児等氏名 ※決まってない場合は不要	年 月 日		
電話番号	()		

【医療機関記入欄】

受検年月日	検査内容
年 月 日	☐ 自動 ABR 検査（自動聴性脳幹反応検査） ☐ ABR 検査（聴性脳幹反応検査） ☐ OAE 検査（耳音響放射検査） ※いずれか 1 つの検査内容にのみチェックください。
右 耳	パス ・ リファー
左 耳	パス ・ リファー
医療機関名	
担当医師名	

（備考）

- この受診票を委託医療機関に提出することにより、聴覚検査に係る費用の請求について控除されます。
- 委託医療機関以外において聴覚検査を行う場合には、検査費を支払った日から 6 か月以内に南砺市に申請することにより、聴覚検査に係った費用について助成金の交付を受けることができます。
- 聴覚検査の費用に対する助成金は、聴覚検査を行った日において児の保護者の住所が南砺市にある場合に支払われます。
- この受診票は、検査結果記入後、交付した南砺市に戻ります。
- 本受診票発行にかかる手数料等は、保護者負担となります。