

産科医療機関名： (説明日：)

情報共有に関する同意書兼精密検査結果報告書

(保護者→精密検査実施医療機関)

同意書

新生児聴覚検査に係る精密検査結果を、県、関係市町村、関係産科医療機関へ情報共有することに同意いたします。

保護者氏名： ふりがな 電話番号：

住所： (里帰り先)

お子様氏名： ふりがな (男・女) 生年月日：西暦 年 月 日

※ 先天性サイトメガロウイルス感染症の検査について (受検済み ・ 未受検)

(精密検査実施医療機関→県→市町村・関係産科医療機関)

精密検査結果報告書

医療機関名：鹿児島大学病院・鹿児島市立病院・()

担当医師名：

〈 検査結果 〉

※確定診断までに時間を要する場合は、少なくとも受診日から6ヶ月以内に御提出ください。

精密検査実施日	西暦 年 月 日
検査結果	☐ 両側異常なし ☐ 新スクリファー側の片耳難聴 (左・右) ☐ 新スクリファーとは反対側の片耳難聴 (左・右) ☐ 両側難聴 ☐ まだ評価できていない ()
今後の治療 ・療育方針	☐ 通院 ☐ 補聴 ☐ 終診 ☐ 療育(施設：鹿児島聾学校・その他 ()) ☐ その他 ()
支援にあたって 特記事項	(保護者が不安に思っていること等)