様式第2号（第6条関係）

**新生児聴覚検査契約外医療機関用受診票**

1. この受診票は助成券ではありません。検査費用は全額自己負担となります。

後日、申請手続きをしていただき、新生児聴覚検査に要した金額をお返しいたします。

1. **太枠内は保護者が記入**して、【医療機関記入欄】の記入は医療機関へ依頼してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日  　 　 年　　月　　日 |
|  | 決まっていたらご記入ください | 年　　月　　日　生 |
| 住所 |  | |

**医療機関記入欄**

医療機関の方へ

下記の記入が終わりましたら、保護者様へご返却ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 検査機器 | AABR | OAE |
| 検査金額 | 円 | |
| 検査結果 | 右耳　　：　　　　異常なし　　　　　要確認検査 | |
| 左耳　　：　　　　異常なし　　　　　要確認検査 | |
| 医療機関名  住所  医師氏名 | | |

※署名を行う場合は、押印は不要です

**問い合わせ先**

**都城市保健センター　〒885-0071　宮崎県都城市中町17街区19号　　TEL:0986-36-5661**