

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。
- 2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。

フリガナ 保護者氏名		生年月日 年 月 日
フリガナ 新生児氏名	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