

新宮町
新生児聴覚

新宮町長

年 月 日

新宮町新生児聴覚検査受診券

(注) 健診日当日に新宮町に住民票がない場合、この受診票は使用できません。

太枠内空欄部分は、ご本人で記入してください。

氏名 (乳児)	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	新宮町 (電話 - -)
氏名 (保護者)	(続柄)

< 健診結果 >

※以下医療機関記載欄

検査実施日	年 月 日		
検査の種類	<input type="checkbox"/> A A B R (自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> O A E (耳音響放射検査)		
検査結果	【右】 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 【左】 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー	検査費用	円 (上限5,000円)
	再検査: 未 済 (/)		
特記事項			
実施医療機関	所在地 名 称		