

新生児聴覚スクリーニング検査結果票

年 月 日

下記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査を実施しましたので、その結果を報告します。

記

被 検 査 者 氏 名	
検 査 日	年 月 日
検 査 方 法	※該当の検査方法に○を記入してください。 () 自動聴性脳幹反応検査(自動ABR) () 聴性脳幹反応検査(ABR) () 耳音響放射検査(OAE)
検 査 結 果	右 (パス ・ リファアー) 左 (パス ・ リファアー)
医療機関等の名称 住 所 病院名 担当医師名 ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。	