［医療機関→市町村］

］

用］

新生児聴覚検査育児支援連絡票

紹介先：

　　　紹介元医療機関：

医師氏名 印

下記の方について、訪問指導等育児支援をお願いします。

|  |
| --- |
| 保護者の  保護者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  児（決まっていれば）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）  児の生年月日　　　年　　月　　日 |

○新生児聴覚の検査結果

　　新生児聴覚検査において（　右　・　左　・両側　　）がリファーでした。

　　在胎週数（　　　　　）Ｗ　　・出生児体重（　　　　　）g

　　その他特記事項

精密検査医療機関名

　　　受診予定日　又は　精密検査結果を記載

○育児支援の必要性