［精密検査実施医療機関→きこえない・きこえにくい子どものサポートセンター］

］

用］

新生児聴覚検査精密検査結果連絡票

　　 　医療機関名：

医師氏名：

下記の児について、精密検査の結果は以下のとおりと判定しましたので、保護者の同意のもと、連絡します。

○児氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）

○児生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

○新生児聴覚精密検査結果

軽度…40dBnHL以上 60 dBnHL未満

中等度… 60dBnHL以上 80 dBnHL未満

高度…　80dBnHL以上

※両側難聴で左右差がある場合は、良聴耳の聴力で記載してください。

　□ 一側難聴 （　軽度　・　中等度　・　高度　）

□ 両側難聴　（　軽度　・　中等度　・　高度　）

　□　未確定　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　）

難聴の原因

○療育・教育施設への紹介状況

　□　県内の聾学校へ

　□　県外の福祉機関・聾学校へ　（紹介機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　□　紹介予定なし（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　）

○その他、連絡欄

＜保護者同意欄＞

　鳥取県では、きこえない・きこえにくい子どものサポートセンターを設置し、必要な支援やご家族への情報提供、実態調査等に活用するため、ご同意いただいたお子様の情報を集約しています。

　提供された個人情報については、相談支援及び情報提供、実態調査（診断状況の集計等）の目的に限り利用することとし、取扱いについては細心の注意を払います。

なお、必要な支援に繋ぐため、知り得た情報を第三者に提供する必要がある場合は、その都度同意を得ることとします。

* 鳥取県きこえない・きこえにくい子どものサポートセンターへの情報提供に同意します。（該当の場合☑）

（※ご同意の場合、鳥取県きこえない・きこえにくい子どものサポートセンターから、イベント等の情報提供をさせていただきます。）

保護者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

住　　　所

電 話 番 号

メールアドレス（任意）

個別相談をご希望の場合は、きこえない・きこえにくい子どものサポートセンターより御連絡させていただきますので、

下記に☑の上、ご希望の連絡手段に○をしてください。

□ 個別相談を希望する（ 希望の連絡手段：　電話 ・ メール ・その他（　　　 　　　））

［市町村　→　関係機関］

様式４