

資料4【変更後】

新生児聴覚スクリーニング検査 各様式の概要

No.	様式タイトル	様式の概要
様式1	きこえの検査（新生児聴覚検査）のお知らせ	新生児聴覚検査とその体制（公費負担や関係機関連携）について説明を行う様式で、様式2の「同意」（関係機関との情報共有）に係る説明書。 受診券の裏面や既存の市町村作成の検査案内を想定。
様式2	新生児聴覚検査同意書兼受診（結果）券	公費負担助成の受診券。 検査結果の把握及び要再検査（リファー）となった場合に、関係機関で情報共有することへの同意を兼ねた様式とする。
様式3	新生児聴覚検査費請求書	公費負担助成請求書。 様式2と併せて医療機関から市町村に送付され、公費助成事務及び検査結果把握を実施する。
様式4	（精密検査機関→市町村） 精密検査児報告（確認検査referの場合記載）	精密検査機関（京都大学病院、京都府立医大病院）の受診結果を市町村が把握し、今後のフォローアップを実施するための様式。
様式5	（市町村→京都府） 精密検査児報告（確認検査referの場合記載）	要再検査（refer）と判断された子の情報集約を府が実施するための様式。 様式4から、児の氏名を削除した形で府に報告（年2～3回を予定）する。
様式6	新生児聴覚検査事業実績報告書	毎年、国が実施の「母子保健事業実施状況調査」において、新生児聴覚検査の受検状況等の把握や集計を実施する。

〈きこえの検査（新生児聴覚検査）のお知らせ〉

1 検査について

- この検査は、生まれたときのきこえの問題を発見するために行います。
- 生まれつき耳のきこえ（聴覚）に問題がある赤ちゃんは 1,000 人に 1～2 人といわれていますが、早い時期に異常を発見し、適切な治療や支援を受けることで、ことばの発達などへの影響が最小限に抑えられることが分かっています。
- 生後間もない時期に実施する簡易検査です。
- 本市（町村）では、検査費用の一部を助成する制度を実施しています。

2 検査の結果について

- 検査結果は、検査を受けた医療機関から本市（町村）担当課へ報告があり、地域担当保健師から御連絡させていただくことがあります。
- 検査結果が『リファーマ（再検査）』だった場合等、その後のフォローアップのために、赤ちゃんの氏名や検査結果を紹介先の精密検査機関、療育機関と共有させていただくことがあります。
- なお、今後のよりよい健康管理や検査体制の整備のため、個人が特定されない形で、統計的に処理された情報は、検査実施結果、精密検査実施結果として京都府に報告されます。

【問合せ先】 〒 〇〇市（町村）〇〇
〇〇市（町村）〇〇課
（電話番号： ）

様式2 (自動 ABR・ABR)

(案) 京都府域 *うすい青色系 (水色)

新生児聴覚検査 同意書兼受診(結果)券(自動 ABR・ABR)

新生児聴覚検査事業(様式1)の内容について了解し、検査を行うことに同意します

氏名(母親)	生年月日 年 月 日
住所	TEL
氏名(児)	生年月日 年 月 日
住所(母親の住所と同じ場合は記載不要です)	

-----以下、受診(結果)票-----

- ・新生児聴覚検査受診券は、「自動 ABR、ABR」または「OAE」のいずれか1枚のみ使用ができます。
- ・検査結果は、検査を受けた医療機関から本市(町村)担当課へ報告があり、地域担当保健師から御連絡させていただくことがあります。
- ・この受診券で受けることのできる検査内容及び公費負担を受けることのできる金額は、下記のとおりです。

検査内容: 新生児聴覚検査(自動ABR、ABR)

助成金額: 4,020 円

*検査費用が助成金額よりも高くなる場合には、医療機関等への支払いが必要です。

*生活保護費を受給されている方は、生活保護費から支給されるため、この受診券は使用できません。

上記、新生児聴覚検査を依頼します。

児ごとに受診券を取りまとめ、請求書を添えて翌月10日までに請求してください。

医療機関の長 様

京都府〇〇〇市(町村)長



初回検査	【検査日】 年 月 日
	【右耳】 パス・リファー 【左耳】 パス・リファー
確認検査	【検査日】 年 月 日
	【右耳】 パス・リファー 【左耳】 パス・リファー
	*精密検査のみ 【精密検査紹介先医療機関】
検査実施 医療機関	医療機関名 (担当医師名)

【問合せ先】 〒 〇〇市(町村) 〇〇

〇〇市(町村) 〇〇〇課 (電話番号:)

様式2 (OAE)

(案) 京都府域 *うすい紫色系(りんどう色)

新生児聴覚検査 同意書兼受診(結果)券(OAE)

新生児聴覚検査事業(様式1)の内容について了解し、検査を行うことに同意します

氏名(母親)	生年月日 年 月 日
住所	TEL
氏名(児)	生年月日 年 月 日
住所(母親の住所と同じ場合は記載不要です)	

-----以下、受診(結果)票-----

- ・新生児聴覚検査受診券は、「自動 ABR、ABR」または「OAE」のいずれか1枚のみ使用ができます。
- ・検査結果は、検査を受けた医療機関から本市(町村)担当課へ報告があり、地域担当保健師から御連絡させていただくことがあります。
- ・この受診券で受けることのできる検査内容及び公費負担を受けることのできる金額は、下記のとおりです。

検査内容: 新生児聴覚検査(OAE)

助成金額: 1,500 円

*検査費用が助成金額よりも高くなる場合には、医療機関等への支払いが必要です。

*生活保護費を受給されている方は、生活保護費から支給されるため、この受診券は使用できません。

上記、新生児聴覚検査を依頼します。
児ごとに受診券を取りまとめ、請求書を添えて翌月10日までに請求してください。

医療機関の長 様

京都府〇〇〇市(町村)長



初回検査	【検査日】 年 月 日
	【右耳】 パス・リファー 【左耳】 パス・リファー
確認検査	【検査日】 年 月 日
	【右耳】 パス・リファー 【左耳】 パス・リファー
	*精密検査のみ 【精密検査紹介先医療機関】
検査実施 医療機関	医療機関名 (担当医師名)

【問合せ先】 〒 〇〇市(町村) 〇〇

〇〇市(町村) 〇〇〇課 (電話番号:)

新生児聴覚検査費請求書

(宛先) 市町村長

医療機関等名称
所在地
代表者名

印

下記のとおり 年 月分 新生児聴覚検査費を請求します。

請求額 金 円

(新生児聴覚検査受診券)

種別	単価(公費助成) (円)	件数 (件)	合計 (円)
自動ABRまたはABR	4,020		
OAE	1,500		

(振込口座)

金融機関名	銀行・信用金庫・その他()
支店名	店
口座種別	普通・当座・その他()
口座番号	No.
フリガナ	
名義	

※ 本請求書様式は、令和●年●月実施分からご使用ください。

様式4

(精密検査機関→市町村) 精密検査児報告(確認検査referの場合記載)

市町村 コード	市町村名	NO	NHS										二次検査機関		精密検査機関			療育支援									
			新生児氏名	出生年月日	スクリーニング 検査機関	初回検査 実施日	初回検査 使用機器	初回検査結果		確認検査 実施日	確認検査 使用機器	確認検査結果		精密検査紹介 先医療機関	二次検査 機関受診 日	検査使用 機器	検査結果		精密検査機 関診断日	診断結果			療育紹介先 機関	療育介入 開始日			
								右耳	左耳			右耳	左耳				右耳	左耳		右耳	左耳	右診断			左診断	両耳聴診断	
26	▲▲市	1	○○ ○○	R3.10.1	●●産婦人科	R3.10.3	OAE	refer	refer	R3.10.7	OAE	refer	pass	■●病院	R3.11.30	自動ABR	refer	pass	R4.1.30	4	高度難聴	1	正常		北部支援C	R4.3.1	

【診断結果】
 ABR・ASSR・CORの総合判断で下記の1～5いずれかを記載。両耳聴診断はABR、ASSRが評価できずCORで診断した場合のみ記載(左右別に診断できれば空欄)

- 1 正常
- 2 軽度難聴(25dB以上40dB未満)
- 3 中等度難聴(40dB以上70dB未満)
- 4 高度難聴(70dB以上90dB未満)
- 5 重度難聴(90dB以上)

