

9. 様式集

様式1 きこえの検査(新生児聴覚検査)のお知らせ

様式2 新生児聴覚検査同意書兼受診券

様式3 新生児聴覚検査費請求書

様式4 (精密検査機関⇒市町村)精密検査児報告

様式5 (市町村⇒京都府)精密検査児報告

〈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（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： ）

新生児聴覚検査 同意書兼受診券 (自動 ABR・ABR)

〈保護者記入〉

新生児聴覚検査事業 (様式 1) の内容について理解し、検査結果を関係機関と共有することに
【 同意します 同意しません 】

| | |
|-------------------------|------------|
| 氏名 (保護者) | 生年月日 年 月 日 |
| 住所 | TEL |
| 氏名 (児) | 生年月日 年 月 日 |
| 住所 (保護者の住所と同じ場合は記載不要です) | |

- ・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。(本事業に同意をいただいた場合は、親子 (母子) 健康手帳の新生児聴覚検査記録欄の下部「予備欄」にシールを貼付しています。)
- ・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。

〈医療機関記入〉

上記、新生児聴覚検査を依頼します。
 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 同意書兼受診券 (OAE)

〈保護者記入〉

新生児聴覚検査事業 (様式1) の内容について理解し、検査結果を関係機関と共有することに

【 同意します 同意しません 】

| | |
|-------------------------|------------|
| 氏名 (保護者) | 生年月日 年 月 日 |
| 住所 | TEL |
| 氏名 (児) | 生年月日 年 月 日 |
| 住所 (保護者の住所と同じ場合は記載不要です) | |

- ・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。(本事業に同意をいただいた場合は、親子 (母子) 健康手帳の新生児聴覚検査記録欄の下部「予備欄」にシールを貼付しています。)
- ・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。

〈医療機関記入〉

| | |
|---|--------------------------------|
| 上記、新生児聴覚検査を依頼します。 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3

医療機関コード

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。

