

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

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、母子健康手帳 P17 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。
 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 *うすい紫系 (りんどう色)

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、母子健康手帳 P17 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。

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。

様式4 (精密検査機関一市町村) 精密検査児報告 (確認検査referの場合記載)

| 氏名 | 市町村コード | 母子手帳 番号 | 同僚 取得 | 出生年月日 | NHS | | | | 二次・経由機関 | | | | 精密検査機関診断 | | | | 療育支援 | | 母子手帳 番号 | | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|-----------------|-------|--------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-----------|--|----------|
| | | | | | スクリーニング 検査機関 | 初回検査日 | 初回検査 使用機器 | 確認・最終 結果 | 確認・最終 検査年月日 | 確認・最終 結果 | 確認・最終 検査年月日 | 確認・最終 結果 | 精密検査 機関 | 精密検査 年月日 | 精密検査 結果 | 精密検査 年月日 | 精密検査 結果 | 療育紹介 先機関 | | 療育紹介 日 | | |
| きょうこ たろ | 26452 | 99999999 | あり | 2021/6/14 | ▲▲医療センター | 自動ABR | pass | refer | 2021/6/19 | 自動ABR | pass | refer | 2021/6/24 | 50 | 100 | 2022/6/15 | 正常 | 重度難聴 | 正常 | | | 99999999 |
| <p>【診断結果】</p> <p>ABR、ASSR、CORの総合判断、4分法で下記を目安に分類記載</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 正常聴力： 35dB 未満 2. 軽度難聴： 35dB以上45dB未満 3. 中等度難聴： 45dB以上70dB 未満 4. 高度難聴： 70 dB以上90dB未満 5. 重度難聴： 90 dB以上 <p>聴覚医学会難聴対策委員会の推奨基準を乳幼児検査向けに改変身障に準じて4分法を採用 両耳聴診断は、ABR、ASSRが施行評価できずCORのみで診断した際のみ記載 (左右別に診断できればこは空欄)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式5 (市町村一京都府) 精密検査児報告 (確認検査referの場合記載)

| 市町村コード | 氏名 | 出生年月日 | 同僚 取得 | スクリーニング 検査機関 | 初回検査日 | NHS | | | | 二次・経由機関 | | | | 精密検査機関診断 | | | | 療育支援 | | | | |
|---|-------|-----------|----------|-----------------|-----------|--------------|------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------|--|--|
| | | | | | | 初回検査 使用機器 | 初回検査 結果 | 確認・最終 結果 | 確認・最終 検査年月日 | 確認・最終 結果 | 確認・最終 検査年月日 | 確認・最終 結果 | 確認・最終 検査年月日 | 精密検査 機関 | 精密検査 年月日 | 精密検査 結果 | 精密検査 年月日 | 精密検査 結果 | 療育紹介 先機関 | 療育紹介 日 | | |
| 26452 | 26452 | 2021/6/14 | あり | ▲▲医療センター | 2021/6/18 | 自動ABR | pass | refer | 2021/6/19 | 自動ABR | pass | refer | 2021/8/24 | 50 | 100 | 2022/6/15 | 正常 | 重度難聴 | 正常 | | | |
| <p>【診断結果】</p> <p>ABR、ASSR、CORの総合判断、4分法で下記を目安に分類記載</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 正常聴力： 35dB 未満 2. 軽度難聴： 35dB以上45dB未満 3. 中等度難聴： 45 dB以上70dB 未満 4. 高度難聴： 70 dB以上90dB未満 5. 重度難聴： 90 dB以上 <p>聴覚医学会難聴対策委員会の推奨基準を乳幼児検査向けに改変身障に準じて4分法を採用 両耳聴診断は、ABR、ASSRが施行評価できずCORのみで診断した際のみ記載 (左右別に診断できればこは空欄)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |