

## 新生児聴覚検査契約外医療機関用受診票

- この受診票は助成券ではありません。検査費用は全額自己負担となります。  
後日、申請手続きをしていただき、新生児聴覚検査に要した金額をお返しいたします。
- 太枠内は保護者が記入して、【医療機関記入欄】の記入は医療機関へ依頼してください

ふりがな 保護者氏名		生年月日 年 月 日
ふりがな 新生児氏名	決まっていたらご記入ください	年 月 日 生
住所		

### 医療機関記入欄

医療機関の方へ

下記の記入が終わりましたら、保護者様へご返却ください。

検査日	年 月 日	
検査機器	AABR	OAE
検査金額	円	
検査結果	右耳 : 異常なし	要確認検査
	左耳 : 異常なし	要確認検査
医療機関名		
住所		
医師氏名		

※署名を行う場合は、押印は不要です

問い合わせ先

都城市保健センター 〒885-0071 宮崎県都城市中町17街区19号 TEL:0986-36-5661