

新生児聴覚検査同意書兼助成券

太枠内を記入してください。

私は、新生児聴覚検査の必要性や注意事項（裏面記載）について説明を受けました。
また、個人情報についても、検査に係る目的（検査結果報告、必要時は関係機関への紹介、個人を特定できる情報を除いた制度管理や調査研究等）以外には使用しないことの説明を受けました。

自動ABRによる聴覚検査を受けることに同意します。

（ふりがな）
保護者の氏名 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者の生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

（ふりがな）
新生児名 _____ 生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 _____ 男 _____ 女

現住所	宮崎市		
		(携帯)	— —
		(自宅)	— —

（保護者の方へ）

※この助成券は5,000円を助成するものです。別途医療機関にお支払いが必要な場合があります。

※受検時、保護者が宮崎市に住民登録がない場合、この助成券は使用できません。

※宮崎県外の医療機関で自動ABRによる検査を受ける場合に、この助成券は使用できませんが、所定の費用を助成いたしますのでご連絡ください。（連絡先：宮崎市 親子保健課 0985-73-8200）

自動ABR検査結果	右耳：異常なし 左耳：異常なし	要確認検査 要確認検査	判定	異常なし 要確認検査
委託医療機関の名称 医療機関コード	所在地 連絡先 医師氏名			
		検査実施日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	