

### 検査の記録

| 検査項目                   | 検査年月日 | 備考                         |
|------------------------|-------|----------------------------|
| 先天性代謝異常検査              | 年 月 日 |                            |
| 新生児聴覚検査<br>(自動ABR・OAE) | 年 月 日 | 右 (パス・リファー)<br>左 (パス・リファー) |
| リファー (要再検査) の場合        | 年 月 日 |                            |

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

| ビタミンK <sub>2</sub> シロップ投与 |       | 年 月 日 |
|---------------------------|-------|-------|
| 年 月 日                     | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 月 日                     | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 月 日                     | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 年 月 日                     | 年 月 日 | 年 月 日 |

乳児

### 予備欄

親子健康手帳の新生児聴覚検査の欄に記載してある内容の画像を添付してください。



検査の記録には以下の内容が記載されていることが必要です。  
ない場合は、申請はできません。

- ①検査年月日の記載があること
- ②自動ABR OAEのいずれかの検査をしたことがわかること (いずれかに○があること)
- ③備考の右・左それぞれの検査結果がわかること (パス・リファーに○があること)