

様式第3号(第5条関係)

新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書

下記の対象者については、新生児聴覚スクリーニング検査を実施し、これに係る検査費を下記のとおり領収したことを証明します。また、検査結果は下記のとおり報告します。

年 月 日

所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

1 検査対象者

産婦氏名		生年月日	年 月 日
産婦住所	越前市 連絡先 (- -)		
新生児氏名		生年月日	年 月 日

2 検査結果および検査費用

	検査日	検査方法	検査結果		検査費用
初回 検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	右	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	円
			左	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	
確認 検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	右	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	円
			左	<input type="checkbox"/> パス (反応あり) <input type="checkbox"/> リファー (要再検)	
検査費用合計					円

医療機関 ご担当者様

- ① 越前市では、新生児聴覚スクリーニング検査費に対して助成を行っています。
- ② 「新生児聴覚スクリーニング検査領収証明書」は被検査者(新生児)の聴覚検査費用の明細がわかる領収書があり、受診票又は母子健康手帳への検査結果の記載があれば必要はありません。