様式第１号（第４条関係）

**小矢部市新生児等聴覚検査受診票**　　　利用有効期間：生後２か月以内

　助成上限額：５，０００円

この受診票は、出産後最初の新生児聴覚スクリーニング検査を実施した場合に、上記金額を上限として、検査費用を助成するものです。実際の検査費用が上限額を超えた場合は、自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

●保護者の方が記入して医療機関に提示し、受診してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新生児氏名 | ふりがな  ※名前が決まっていない場合は空欄としてください。 | 男  女 | 年　　　月　　　日生 |
| 保護者住所 | 〒　　　- | | |
| 小矢部市　　　　　　　　　　　　　　　　 　 TEL　　　 －　　　　－ | | |
| 保護者氏名 | 続柄（ ） | | |

※この受診票は、2回目以降の検査には使用できません。

●医療機関でご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査結果 | 検査年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 検査方法 | | 自動ABR（AABR）　　・　　ABR　　・　　OAE | | | |
| 検査結果 | | 右 pass　・　refer | | 左　 pass　・　refer | |
| ※検査結果が「refer」の場合等は、下記もご記入ください。 | | | | | | |
| 市への 連絡事項 | | １　他医療機関への紹介状況　　□紹介済み　　□紹介予定　　□紹介なし  ２　市保健師等の保健指導の必要性　□無　□有（理由　　　　　　　　　　　　）  ３　その他 | | | | |
| 上記の検査を実施したので通知します。 | | | | | | |
| 施設の名称 | | | | | | |
| 施設の住所 | | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | | |
|  | | | | | | 検査費用　　　　　　 　　円 |
| ※提出先（医療機関→小矢部市） | | | | 小矢部市への請求金額　　　　　　　　 円 | | |

＊この受診票は富山県内に所在地がある委託医療機関に対してのみ有効です。

＊県外の医療機関で新生児等聴覚検査を受診する場合は、この受診票に、医療機関に検査結果を記入していただき、一旦検査費用を支払いした後、申請書（様式第３号）と検査費用の領収書を併せて小矢部市に提出してください。後日、検査費用の助成が受けられます。詳細は、小矢部市民生部健康福祉課までお問い合わせください。

＊小矢部市外へ転出した方は、この受診票を使用できません。