

第1号様式の1

新生児聴覚検査受診券 (ABR、AABR)

— 京都市 —

1

- ・ 新生児聴覚検査受診券は、「ABR、AABR」又は「OAE」のいずれか1枚、初回検査のみ使用できます。
- ・ 検査結果は、検査を受けた医療機関等から京都市へ情報提供があり、お住まいの区の区役所・支所子どもはぐくみ室又は京北出張所から御連絡させていただくことがあります。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容及び公費負担を受けることのできる金額は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

検査内容：新生児聴覚検査 (ABR 又は AABR)
助成金額：4,020 円

※ 検査費用が助成金額よりも高くなる場合には、医療機関等への支払いが必要です。

※ 生活保護費を受給されている方は、生活保護費から支給されるため、この受診券は使用できません。

〈保護者記入〉

児の生年月日 年 月 日
(和暦)

保護者氏名

母子健康
手帳 No.

〈医療機関等記入〉

医療機関等名称

医療機関コード

検査実施日 年 月 日
(和暦)

※ 裏面の【検査結果】についても、必ず記載をお願いします。

委託未契約の医療機関等の皆様へ

受診券の検査内容を実施するとともに、受診券表面の〈医療機関等記入〉欄及び裏面の〈検査結果記入〉欄を記載し、受検者の保護者にお返しく下さい。

〈医療機関等記入〉

【検査結果】

対象者： 初産婦 ・ 経産婦

初回検査結果	
検査日	年 月 日
右 耳	パス ・ リファー
左 耳	パス ・ リファー

確認検査結果	
検査日	年 月 日
右 耳	パス ・ リファー
左 耳	パス ・ リファー
(要精検者のみ) 精密検査 紹介先医療機関	

この受診券綴に関するお問い合わせは下記までお願いします。

京都市子ども若者はぐくみ局
子ども若者未来部子ども家庭支援課

TEL 075-222-3939

第1号様式の2

新生児聴覚検査受診券 (OAE)

— 京都市 —

2

- ・ 新生児聴覚検査受診券は、「ABR、AABR」又は「OAE」のいずれか1枚、初回検査のみ使用できます。
- ・ 検査結果は、検査を受けた医療機関等から京都市へ情報提供があり、お住まいの区の区役所・支所子どもはぐくみ室又は京北出張所から御連絡させていただくことがあります。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容及び公費負担を受けることのできる金額は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

検査内容：新生児聴覚検査 (OAE)
助成金額：1,500 円

※ 検査費用が助成金額より高くなる場合には、医療機関等への支払いが必要です。

※ 生活保護費を受給されている方は、生活保護費から支給されるため、この受診券は使用できません。

〈保護者記入〉

児の生年月日 年 月 日
(和暦)

保護者氏名

母子健康
手帳 No.

〈医療機関等記入〉

医療機関等名称

医療機関コード

検査実施日 年 月 日
(和暦)

※ 裏面の【検査結果】についても、必ず記載をお願いします。

委託未契約の医療機関等の皆様へ

受診券の検査内容を実施するとともに、受診券表面の〈医療機関等記入〉欄及び裏面の〈検査結果記入〉欄を記載し、受検者の保護者にお返しく下さい。

〈医療機関等記入〉

【検査結果】

対象者： 初産婦 ・ 経産婦

初回検査結果	
検査日	年 月 日
右 耳	パス ・ リファー
左 耳	パス ・ リファー

確認検査結果	
検査日	年 月 日
右 耳	パス ・ リファー
左 耳	パス ・ リファー
(要精検者のみ) 精密検査 紹介先医療機関	

この受診券綴に関するお問い合わせは下記までお願いします。

京都市子ども若者はぐくみ局
子ども若者未来部子ども家庭支援課

TEL 075-222-3939