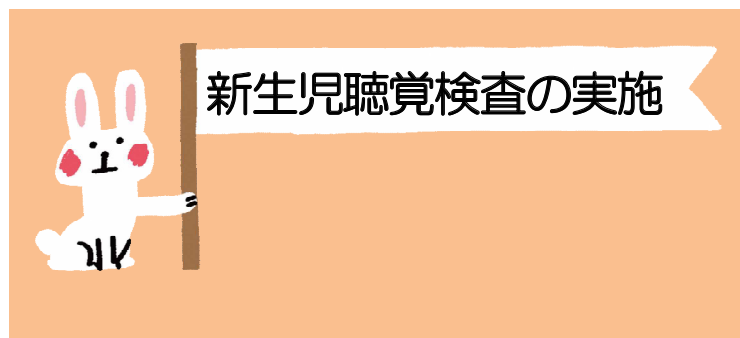




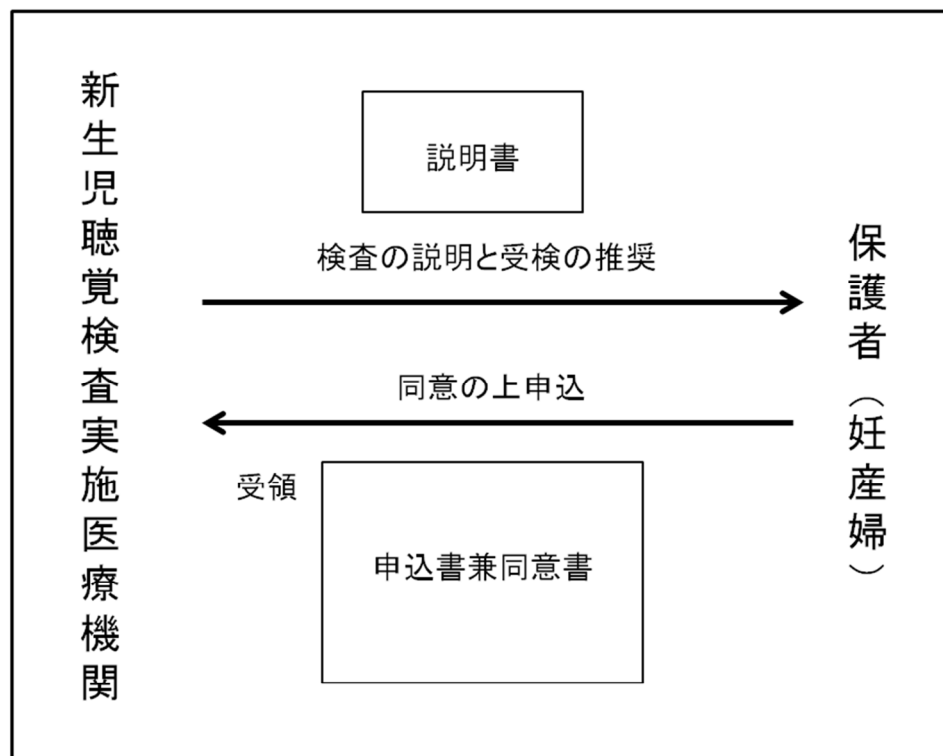
《自動 ABR 検査にあたっての説明と同意》

◆文書（62～65 ページ、検査の説明書および申込書兼同意書）を用いて、保護者（妊産婦）に説明し、同意をいただきます。重要な検査なので、できるだけ受検を推奨してください。

- ・申込書兼同意書は、検査、精密検査、市町村からの家庭訪問、要療育となった場合以降の情報の取り扱いなど、関係機関からのアプローチや関係者間の情報共有についても、最低限の同意をいただくものとなっています（※）。
（妊娠 37 週頃の健診の時にお読みいただき、事前に提出していただくのがよいかと思えます。）

- ・市町村発行の新生児聴覚検査受診票一式（妊産婦の方が持っています）と、申込書兼同意書を受領すると、公費負担が適用になります。申込書兼同意書の内容に同意がいただけない場合は公費負担の適用にはなりません。

※市町村からの家庭訪問は、確実に精密検査に結び付けるために必要なものであり、また、要精密検査であった児の追跡や、のちに難聴が発見された児についての新生児聴覚検査の情報を医療機関と市町村の間で照会できることが同意内容に含まれています。



《自動 ABR の実施方法》

自動聴性脳幹反応 (Automated Auditory Brainstem Response, 自動 ABR) を採用します。

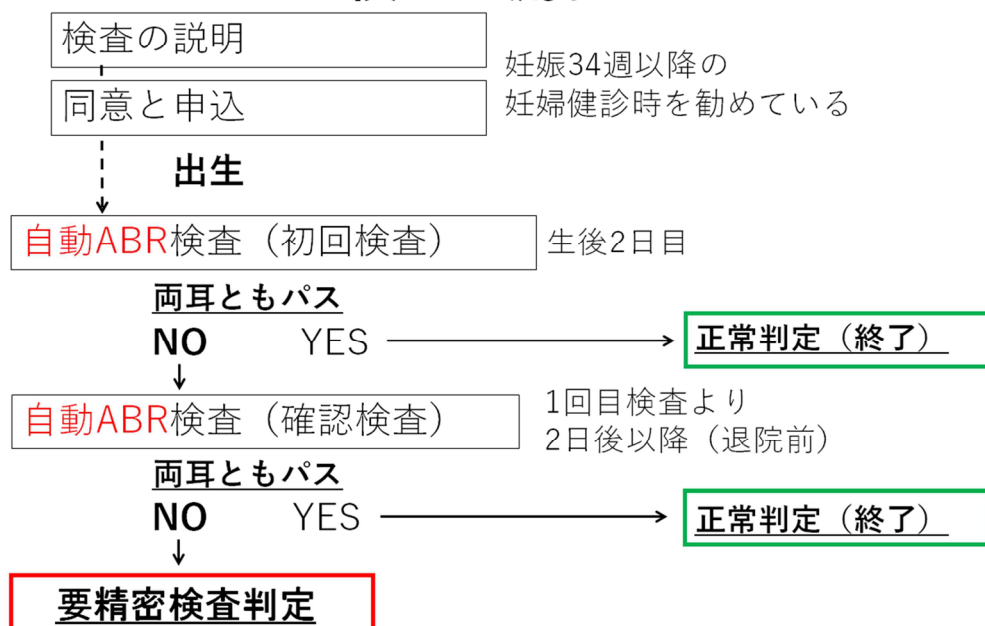
- ・ 自動 ABR は、特異度は 98%以上とされ、取り込み過ぎの少ない検査です。
特異度：「疾病がない（この場合は難聴がない）」状態を、正しく「正常」と判定できる割合。
特異度が低くなるにつれて、難聴がなくても、異常と判定される割合が増える。
- ・ 在胎 34 週以降に出生した児に対して行ってください。
(在胎 33 週以前の早産の場合は、在胎 34 週以降に相当する週齢になってから検査を実施)
- ・ 生後 2～4 日目に、静かな環境下で、哺乳直後などの熟睡時に検査を行います。
※筋電図の混入を防ぐためです（筋肉が動くと検査ができません）。この時期にできない場合もできるだけ生後 1 か月以内に実施してください。生後 1 か月を過ぎて実施する場合、検査時に眠っていないと筋電図が混入し、測定しづらくなります。
※初回検査と確認検査の検査で 2 回ともリファア（通過しない）になった場合、尿中のサイトメガロウイルスの有無を調べる検査を生後 3 週間以内に行うことが推奨されています。
- ・ 音を聞かせると、内耳から脳幹に向かって誘発電位が観察されます。これを自動解析して判定します。
- ・ 判定基準は 35dB に設定されており、「パス（反応あり）」あるいは「リファア：要再検（反応なし）」で結果が示されます。「パス」は通過、合格です。

【2 回法】

- ・ 自動 ABR の 2 回法は、リファアの頻度を著しく軽減できることがわかっていますので、高知県では 2 回法を採用しています。
- ・ 確認検査（2 回目の検査）もリファアの場合は、要精密検査対象とします。2 回目の検査が両側ともパスであれば異常なしと判定します。
- ・ 初回検査でリファアの場合（高知県の成績では初回検査受検児の 2.6%）、2 日程度の期間において、退院までに再度自動 ABR を行います（確認検査）。1 回目の検査が一側リファアであっても、必ず両側とも行ってください。

※1 回の検査だけで精密検査対象にしないようお願いします。一側リファアであった場合でも半数程度は両側正常ですが、1 割程度には両側難聴（初回でパスであった側の耳にも難聴があった）が報告されています。また、初回検査で一側リファアになり、確認検査では反対側の一側リファアになるケースも報告されました。リファア側だけで確認検査すると、このようなケースを見逃す可能性がありますので、確認検査も必ず両側で行ってください。

検査の流れ



- ・生後2日に初回検査を行ってリファーマーの場合は、生後4日以降に確認検査を行います。産科からの退院前（退院前日の午後～夕方）に行う方がよいでしょう。

退院前が望ましいのは、産後の入院期間がおおむね4～7日程度であり、羊水が中耳にたまっていた場合、退院前だと消失している可能性が高いことや、初回検査でリファーマーの場合、およそ4分の1の割合（高知県の成績では26%）で確認検査もリファーマーとなり要精密検査判定となるため、その説明（母親だけではなく他の家族がいることが望ましい）の機会を退院前に確保することができます。

※耳垢（胎脂など）が充満している状態、中耳腔に滲出物（羊水）がたまっている状態でリファーマーになることがしばしばあります。

また、確認検査でリファーマーとなった場合は、尿中のサイトメガロウイルスの有無を調べる検査（以下、尿CMV検査）を入院中に行うことが推奨されています。この尿CMV検査の結果については、退院後に外来でお伝えするとともに、聴力検査機関への紹介の手続き（医療機関からの紹介が必要）などを行うことになります。

- ・従事者について
診療補助行為を行う職種が従事し、職種にかかわらず2～3人でチームを組んで実施する方がよいでしょう。

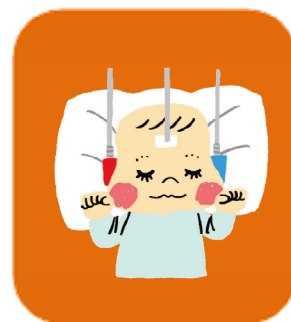
(参考)

〈早産児、低出生体重児、NICU 入院児の検査〉

検査の実施可否は聴覚伝導路（神経）の成熟（髄鞘化）と関連します。聴覚伝導路が未熟であると、正確な判定ができません。早産児の場合は在胎 34 週以降に相当する週齢になってから検査をします。なお、NICU 入院児の場合、多くは在胎 34 週以降に相当する週齢で自動 ABR が施行されることが多く、国際的にみてもその傾向にあります。ただし、1,500g 未満で出生した極低体重出生児、多くの先天異常を有する新生児の場合は、自動 ABR ではなく、ABR 閾値法（精密検査時に実施する方法の一つ）を施行する場合があります。

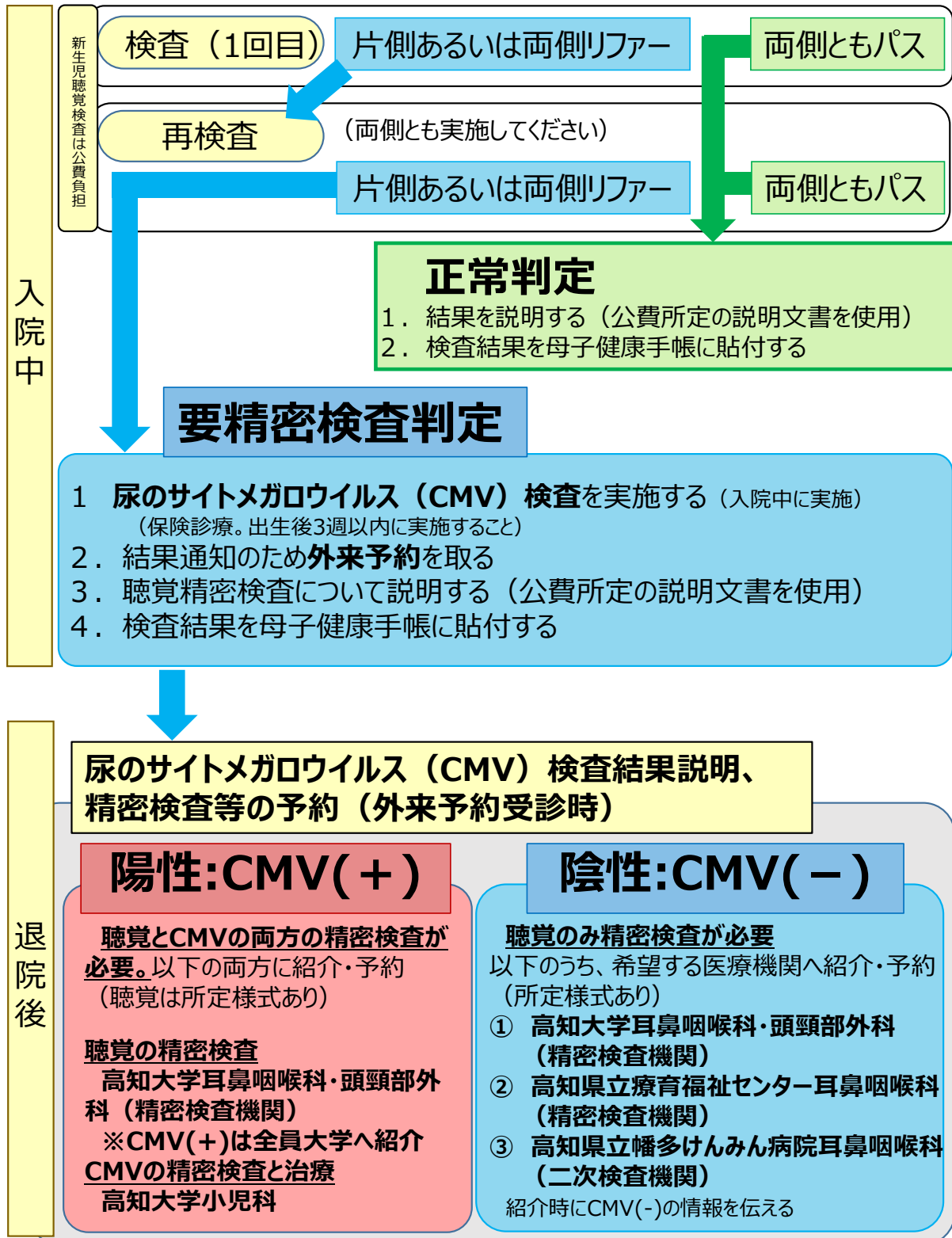
〈ダウン症候群の児の検査〉

- ・ダウン症候群の児では聴覚伝導路（神経）の成熟（髄鞘化）がかなり遅れることがわかっていますので、生後すぐ検査をするとリファーになる可能性が高いです。
- ・一方で、このことは、ダウン症候群の診断がつく前に、新生児聴覚検査で「リファー」となって精密検査の対象となり、精密検査の経過中にダウン症候群の診断がつく場合があることを意味しています。
- ・ダウン症候群の児の場合は、聴覚伝導路（神経）成熟の問題とは別に、難聴の発生頻度が高いこともわかっていますので、定期的な聴覚の検査が必要です。幼児難聴を専門とする言語聴覚士がいる施設で検査を実施し、また、トレーニングを受けた専門職によって、定期的に音への反応を観察する（聴性行動反応：きこえの発達を確認する）ことが必要です。また、神経の成熟の時期を見計らって、最初から精密検査方法のひとつである聴性脳幹反応（Auditory Brainstem Response, ABR）、聴性定常反応（Auditory Steady state Response, ASSR）や他の方法による幼児聴力検査を行います。ダウン症候群は滲出性中耳炎もおこしやすく、中耳炎による伝音難聴が高頻度にみられ、比較的頻回な耳鼻咽喉科の診察が必要となります（耳鼻咽喉科のかかりつけ医が必要です）。



新生児聴覚検査の判定と事後フロー

保護者（妊産婦）への説明と同意書の受領



《結果の解釈》

- ・自動 ABR の検査所見と解釈（判定）を整理すると、以下のようになります。

自動ABR検査所見と判定

1回目	右耳	パス
	左耳	パス
結果の解釈		検査終了 (正常)

→ 終了

1回目	右耳	パス
	左耳	リファアー
結果の解釈		両耳とも 再検査

→

2回目	右耳	パス	パス
	左耳	パス	リファアー
結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査

1回目	右耳	パス
	左耳	リファアー
結果の解釈		両耳とも 再検査

→

2回目	右耳	パス	リファアー
	左耳	パス	パス
結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査

リファアーが反対側に入れ替わる場合
もあります

1回目	右耳	リファアー
	左耳	パス
結果の解釈		両耳とも 再検査

→

2回目	右耳	パス	リファアー
	左耳	パス	パス
結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査

1回目	右耳	リファアー
	左耳	パス
結果の解釈		両耳とも 再検査

→

2回目	右耳	パス	パス
	左耳	パス	リファアー
結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査

リファアーが反対側に入れ替わる場合
もあります

1回目	右耳	リファアー
	左耳	リファアー
結果の解釈		両耳とも 再検査

→

2回目	右耳	パス	パス	リファアー	リファアー
	左耳	パス	リファアー	パス	リファアー
結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査	要精密検査	要精密検査

《正常判定の場合》

1. 結果を説明する

- ・正常判定の説明は、市町村が提供する説明用紙を使って説明します。
- ・現時点では、きこえに対する反応が両耳とも正常に出ていると判断されたということになります。
- ・ただし新生児期には難聴がなく、次第に現れてくる難聴があるため、「継続的にきこえのチェックが必要である」ことを必ず伝えます。
- ・乳幼児の不可逆性の中等度以上の難聴のうち、新生児期から難聴がある割合は約6割です。残りの約4割は生後に発生してきます。このため、発達に従ってきこえをチェックし、健診受診を促してください。
- ・具体的には、市町村が提供する説明用紙を使って、月齢に応じてきこえのチェックをしていくことを勧めてください。

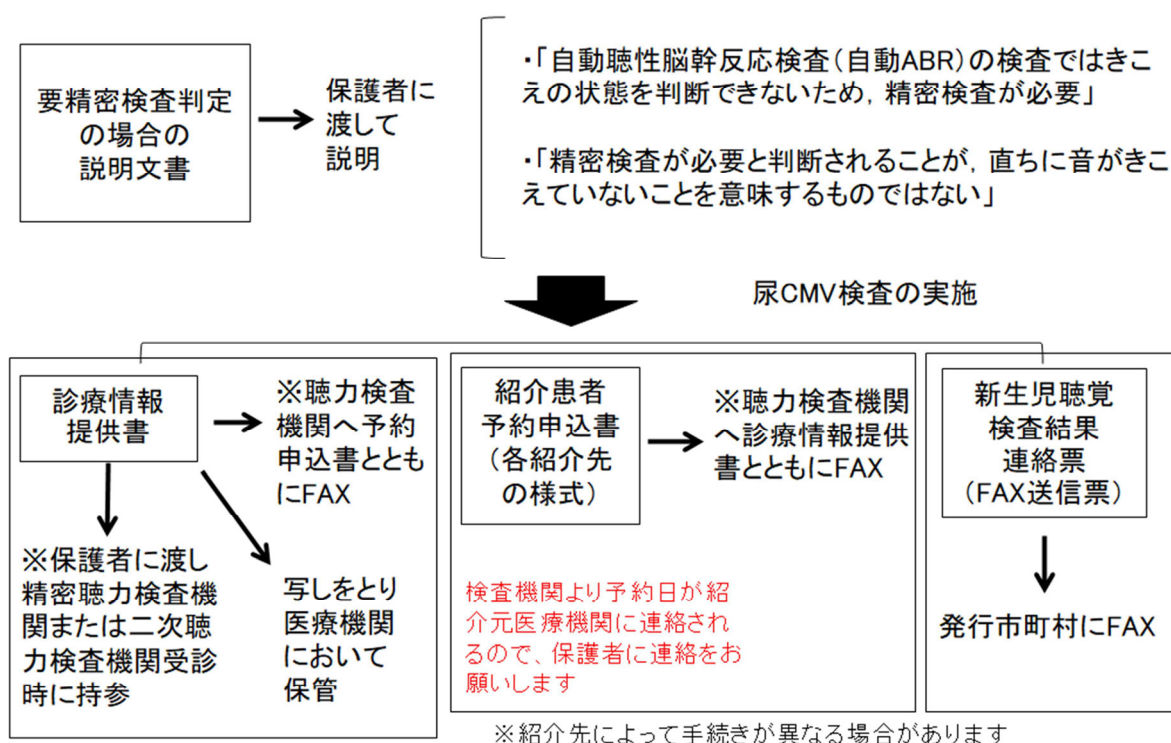
2. 検査結果を母子健康手帳に貼付する

- ・母子健康手帳に結果を貼ります。
 - ・母子健康手帳にあらかじめ印刷されている記入欄に書く場合、また、検査機器から印字された結果用紙を貼る場合（ただし、感熱紙の場合は糊で印字が消えるとともに、糊付けしなくても1～2年で印字が消えるため、おすすめできません）は、実施日、母の名前、生年月日、日齢、性別、1回目測定方法、右結果（パス・リファア）、左結果（パス・リファア）、2回目測定方法、右結果（パス・リファア）、左結果（パス・リファア）、実施医療機関名）を記入してください。
- ※ 後日、もし後天性の難聴が発見された場合、この記載は極めて重要な資料になります。

3. 市町村への検査結果報告と費用請求をする

- ・市町村発行の新生児聴覚検査受診票一式の中にある新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書に必要事項をすべて記載し、決められた締切日までに高知県国民健康保険団体連合会（高知県国保連合会）に送付します。
- ・再検査の結果、正常判定の場合は、新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書（1回目）と（再検査用）の両方を送付します。

《要精密検査（リファア）の場合》



- ・要精密検査の場合は、以下の説明と手続きを行います。

出産後退院前に実施すること

1. 新生児聴覚検査の精密検査について説明し、新生児聴覚検査の結果を母子健康手帳に貼付する

- ・椅子とテーブルのある個室を用意し、保護者家族（2人以上が望ましい）に対面の上、医師が行います（必ず看護師又は助産師が同席すること）。

精密検査についての説明時の留意事項(避けるべきこと)

- × 大部屋の病室で告げること
- × 立ち話
- × 看護師が告げること
- × 母親だけに告げること（できるだけ避ける）
- × 伝えるとき母親だけを外すこと

- ・確認検査でリファアとなった場合、尿サイトメガロウイルス検査（以下、「尿CMV検査」という。）の実施が推奨されています。尿CMV検査を退院時までに実施するため、再検査は退院日前日までに実施することを推奨します。
- ・市町村が提供する精密検査受診の説明文書を用いて説明を行います。（67ページ）
ただし、精密検査医療機関への紹介については、尿CMV検査の結果により紹介先が変わるため、次回の外来受診時にお伝えすることを説明します。

- ・新生児聴覚検査の精密検査が必要な理由は、自動 ABR では判断がつかないためです（高知県の実施結果からは、精密検査の結果、両側あるいは一側の耳に難聴が存在するのは要精密児の 43%です）。

【説明内容の例】

- ・「自動 ABR の検査ではきこえの状態を判断できないため、精密検査が必要である」
- ・「精密検査が必要と判断されることが、直ちに音がきこえていないことを意味するものではない」

※これ以上の内容を説明する必要はありません。難聴があるかもしれない、難聴の可能性が高いとは告げないようにお願いします。なお、乳幼児難聴に関する正確かつ的確な説明は、乳幼児難聴を診療する耳鼻科医において行います。

- ・母子健康手帳にあらかじめ印刷されている記入欄に書く場合、また、検査機器から印字された結果用紙を貼る場合（ただし、感熱紙の場合は糊で印字が消えるとともに、糊付けしなくても 1～2 年で印字が消えるため、おすすめできません）は、実施日、母の名前、生年月日、日齢、性別、1 回目測定方法、右結果（パス・リファア）、左結果（パス・リファア）、2 回目測定方法、右結果（パス・リファア）、左結果（パス・リファア）、実施医療機関名）を記入してください。

※後日、もし後天性の難聴が発見された場合、この記載は極めて重要な資料になります。

2. 尿 CMV 検査について説明し検査を実施し、結果を伝える日の外来予約を取る

- ・保護者に、尿 CMV 検査が推奨されていることを説明します。（参考：68 ページ説明文書）
- ・新生児が入院中に尿 CMV 検査を実施します。CMV 核酸検査（定性）が保険適用となるため、尿 CMV 検査は、健康保険と乳幼児医療費助成で行われ、保護者の自己負担はありません。
- ・検査の結果を伝えるために、退院後に外来予約を取ります。その際に、精密検査機関の紹介を行います。

※早産で生まれ、確認検査実施時が生後 3 週以降になる場合は、出生後の感染と区別がつかなくなるため、尿 CMV 検査の適用はありません。

早産児で、新生児聴覚検査とは直接に関係なく、先天性サイトメガロウイルス感染症の有無判断のために出生後 3 週以内に尿 CMV 検査を実施するケースがありますが、この結果は新生児聴覚検査の確認検査でリファアになった場合の CMV 感染の有無の判断に有効です。ただし、難聴として症候性先天性 CMV 感染症の治療を行う場合、生後 2 か月以内に治療を開始できないことが確実な場合は、リファア例を対象とした尿 CMV 検査の適用はありません。

- ・退院時には新生児の住所地の市町村役場の保健師に電話連絡をお願いします。

退院後、外来で実施すること

3. 尿 CMV 検査の結果を伝える

4. 精密検査機関又は二次検査機関に紹介予約（FAX）する

- ・尿 CMV 検査の結果を伝えます。

〈尿 CMV 検査陰性の場合〉

- ・尿 CMV 陰性の場合は、精密聴力検査機関（高知大学医学部附属病院または高知県立療育福祉センター）あるいは二次聴力検査機関（高知県立幡多けんみん病院）へ紹介します。
- ・予約方法は、医療機関によって異なります。
高知大学医学部附属病院 30～32 ページ
高知県立療育福祉センター 33～34 ページ
高知県立幡多けんみん病院 35 ページ
- ・受診予約日、医療機関によって直ちに決まらない場合があり、後日保護者に連絡を必要とする場合があります。
- ・診療情報提供書を作成（新生児聴覚検査受診票（再検査用）一式の中に複写式で用意されている）します。診療情報提供書は保護者に渡して持参してもらいますが、紹介時に FAX での送付が必要です。

※個人情報をごマスキングするなど取り扱いに十分注意してください。

- ・（里帰り出産をされた方等で）県外の医療機関を希望される場合は、日本耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会の「新生児聴覚スクリーニング後・乳幼児健診後の聴力検査機関一覧」を参照して紹介をお願いいたします。

〈新生児聴覚スクリーニング後・乳幼児健診後の聴力検査機関一覧〉

https://www.jibika.or.jp/modules/hearingloss/index.php?content_id=6

〈尿 CMV 検査陽性の場合〉

- ・症候性先天性サイトメガロウイルス感染症の精密検査と聴覚の精密検査を並行して行う必要があり、県内で両方の精密検査が実施できる医療機関は、「高知大学医学部附属病院」のみであることを保護者に説明し、高知大学医学部附属病院の小児科と耳鼻咽喉科・頭頸部外科の両方へ紹介します。
- ・予約方法は、高知大学医学部附属病院（30～32 ページ）をご覧ください。
- ・受診予約日が決まり次第保護者に連絡します。
- ・診療情報提供書は2通作成が必要です。1通は小児科あて（紹介元医療機関の様式で作成）、もう1通はこれまでどおり耳鼻咽喉科・頭頸部外科あて（新生児聴覚検査受診票（再検査用）一式の中に複写式で用意されている）を作成します。診療情報提供書は保護者に渡して持参してもらいますが、紹介時に FAX での送付が必要です。

- ・(里帰り出産をされた方等で) 県外の医療機関を希望される場合は、聴覚の精密検査については日本耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会の「新生児聴覚スクリーニング後・乳幼児健診後の聴力検査機関一覧」を参照してください。なお、先天性サイトメガロウイルス感染症に対応できる医療機関の受診が必要となるため、保護者の意向を確認し調整をお願いします。

★外来予約日に受診しなかった場合

- ・なお、尿 CMV 検査の結果を伝える日(精密検査等医療機関へ紹介する日)に来院しない場合は、まず、医療機関から、保護者に連絡し再度予約日を取る等の対応をしてください。
- ・保護者は、精密検査が必要となったことに大きなショックを受けている可能性があるため、その際の保護者の反応などにより、必要に応じて、市町村の保健師へ連絡し保健師と連携を取るようお願いします。

5. 住所地の市町村に連絡する

- ・医療機関から市町村に送られる「新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書」は、高知県国民健康保険団体連合会(高知県国保連合会)を経由するため、市町村に届くのは翌々月となり、タイムリーな支援のためには別途連絡することが必要となります。
- ・新生児聴覚検査受診票(再検査用)一式の中に複写式で用意されている新生児聴覚検査結果連絡票(FAX 送信票)を、産婦の住所地の市町村に FAX します。(連絡先電話、担当者を忘れず記入してください)。
※個人情報をもスキミングするなど取り扱いに十分注意してください。
- ・FAX する際には、個人情報保護のため、送信先市町村に連絡をお願いします。また、個人情報をスキミングしているため、電話で氏名住所等必要な情報を伝えます。
- ・保護者は、精密検査が必要となったことに大きなショックを受けている可能性があるため、精密検査の受診まで寄り添う支援が必要となります。そのため、市町村の保健師からも速やかに電話連絡や家庭訪問などにより支援を行うことが大切です。

6. 市町村へ費用請求をする

- ・市町村発行の新生児聴覚検査受診票一式の中にある新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書に必要事項をすべて記載し、決められた締切日までに高知県国民健康保険団体連合会(高知県国保連合会)に送付します。
- ・再検査の結果、正常判定の場合は、新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書(1回目)と(再検査用)の両方を送付します。

〈精密聴力検査機関・二次検査機関について〉

- ・日本耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会では、聴覚の精密検査を行う機関を「精密聴力検査機関」として指定しています。高知県では、高知大学医学部附属病院と高知県立療育福祉センターが、下記の条件を満たした実施機関として指定されています。

精密聴力検査機関の条件

難聴疑い児の最終診断を行い、療育・教育施設と連携しながら将来にわたって聴覚管理ができる医療施設（原則として、以下の6条件を満たす）。

1. 0歳児を含めて速やかに連携できる難聴幼児の療育・教育施設がある。
2. 小児難聴診療に携わる耳鼻咽喉科医師と言語聴覚士がいる。
3. ABR もしくは ASSR 機器がある。
4. OAE 機器がある。
5. 乳幼児聴力検査（BOA・COR・遊戯聴力検査）の検査設備（防音室および校正されたスピーカ出力つきのオーディオメータ）がある。
6. 乳幼児聴力検査（BOA・COR・遊戯聴力検査）を実施する言語聴覚士・医師・臨床検査技師・看護師がいる。

- ・また、同学会では、難聴疑い児について難聴の有無を診断し、精密聴力検査機関へ遅滞なく紹介できる医療施設として、「二次聴力検査機関」を指定しています。精密聴力検査機関を補完する機関として※、限定的検査・一部難聴の治療を行うと位置づけています。高知県内では、高知県立幡多けんみん病院が指定されています。

※要精密検査判定となる児の数が多く精密検査のキャパシティを圧迫する場合や、精密聴力検査機関が遠隔地にあり、精密検査の受検が困難な場合等、児を二次的にスクリーニングすることを想定しています。

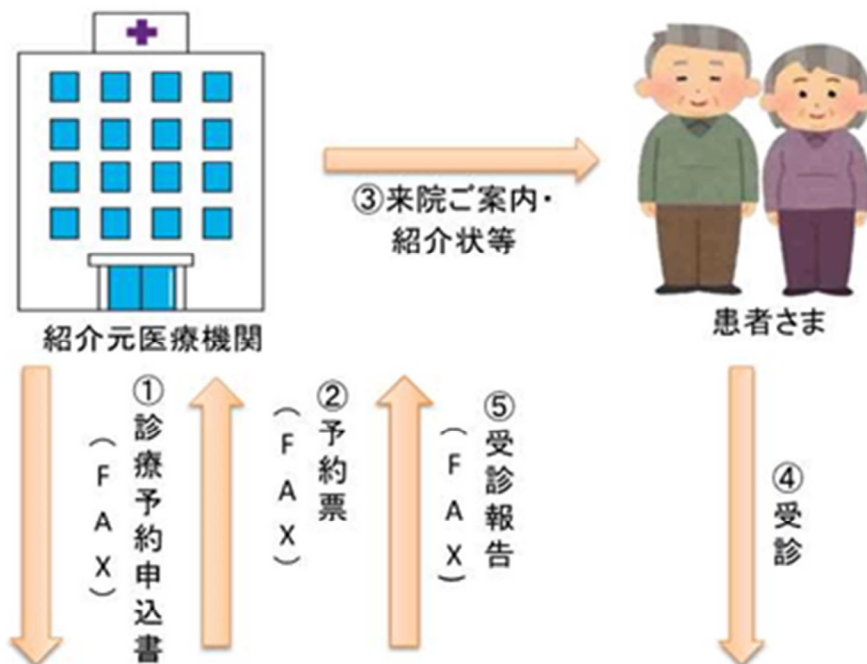
二次聴力検査機関の条件

難聴疑い児について難聴の有無を診断し、精密聴力検査機関へ遅滞なく紹介できる医療施設（原則として、以下の3条件を満たす）。

1. ABR もしくは ASSR がある。
2. 施設内に耳鼻咽喉科医師がいる（常勤、非常勤は問わない）。
3. 0歳児を含めて速やかに紹介できる精密聴力検査機関がある。

《高知大学医学部附属病院 紹介予約方法》

初診予約ご利用のながれ(FAX)



※ セカンドオピニオン、ゲノム医療外来、がん生殖外来、臨床遺伝診療部(遺伝相談外来・新型出生前診断「NIPT」等)の紹介については独自の書類等がございます。詳しくはHP等をご覧ください。利用のための詳しい内容は予約センターにお問合わせください。

TEL 088-880-2773 FAX 088-880-2774

高知大学医学部附属病院のホームページより



診療予約申込書

作成日：R5.5

送信日 令和 年 月 日

国立大学法人
高知大学医学部附属病院
予約センター

TEL 088-880-2773 (直通)

FAX 088-880-2774 (直通)

受付時間：平日 8:30 ~ 16:30

予約日時が決定後、予約票をFAXします
ので患者さんにお渡し願います。

医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
FAX番号	() -
診療科名	科
医師氏名	
送信部署・送信者	/

希望診療科・医師	科 医師	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日
担当医師事前連絡	☐ 未 ☐ 済	ご都合により来院できない日 令和 年 月 日	
紹介目的	☐ 診察 ☐ 検査 ☐ 治療 ☐ 入院 ☐ その他 ()	患者状況	現在の状況 ☐ 入院中 ☐ 入所中 (通院中の場合はチェック不要)
MRI もしくは RI 検査を希望される場合は、下記へ記載して下さい。			ADL ☐ 独歩 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー
☐ MRI検査：部位 ()			酸素吸入 ☐ 有 ☐ 無
☐ RI検査：種類 () 対象病名 ()			持続点滴 ☐ 有 ☐ 無
症状・病名		(備考)	
備考		診療情報提供書について	☐ 当日、患者さんが持参します ☐ 郵送します ※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R ☐ 有 ☐ 無

患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	旧姓	男女	大・昭 平・令 年 月 日 生 (歳)
現住所	(〒 -)		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様方) ☎ 携帯 () -		
当院受診歴	☐ 無 ☐ 有 ⇒ (診察券番号 【7桁】 : ☐ 不明)		
主保険	☐ 国民保険 ☐ 社会保険 ☐ 後期高齢者 ☐ 共済保険 ☐ 生保 ☐ その他 ()		
公費	☐ 指定難病有り ☐ 小児慢性有り ☐ その他公費有り ()		

※注意点

- ・紹介状(診療情報提供書)を受診前にFAX で送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、予約センターまでご連絡ください。



高知大学病院内使用QR

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

様式は令和6年8月時点のものです。変更されることがありますので、病院のホームページからダウンロードしてください。

高知大学医学部附属病院のホームページより

《大学への予約申込書 記入例》



高知大学
Kochi University

診療予約申込書

作成日：R5.5

国立大学法人
高知大学医学部附属病院
予約センター

TEL 088-880-2773 (直通)

FAX 088-880-2774 (直通)

受付時間：平日 8:30 ~ 16:30

予約日時が決定後、予約票をFAXしますので患者さんにお渡し願います。

送信日 令和 年 月 日

医療機関名	〇〇産婦人科
所在地	〇〇市〇〇町〇〇...
電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
FAX番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
診療科名	産婦人科
医師氏名	〇〇 〇〇
送信部署・送信者	〇〇〇〇/〇〇〇〇

希望診療科・医師	耳鼻咽喉科	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日 一番早く予約が取れる日
担当医師事前連絡	■ 未 ・ □ 済	ご都合により来院できない日	令和 年 月 日 令和 年 月 日
紹介目的	■ 診察 ■ 検査 □ 治療 □ 入院 □ その他 ()	患者状況	現在の状況 ■ 入院中 ・ □ 入所中 (通院中の場合はチェック不要) ADL □ 独歩 ・ □ 車イス ・ □ ストレッチャー 酸素吸入 □ 有 ・ ■ 無 持続点滴 □ 有 ・ ■ 無 (備考)
MRI もしくは RI 検査を希望される場合は、下記へ記載して下さい。			
□ MRI検査：部位 ()			
□ RI検査：種類 (対象病名)			
症状・病名	新生児聴覚でREFERあり	診療情報提供書について	■ 当日、患者さんが持参します □ 郵送します ※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R □ 有 ・ □ 無
備考	持参資料：検査データ		

月・水・金の午前中

「難聴疑い」と書かないように願います

診療状況提供書は持参

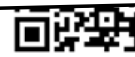
患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

フリガナ	〇〇〇〇	性別	生 年 月 日
患者氏名	〇〇〇〇さんベビー	旧姓	(男) 大・昭平 (令) 5年4月1日生 (0歳)
現住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇群〇〇村...		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様方) 携帯 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇		
当院受診歴	■ 無 ・ □ 有 ⇒ (診察券番号【7桁】： □ 不明)		
主保険	□国民保険 □社会保険 □後期高齢者 □共済保険 □生保 □その他 ()		
公費	□指定難病有り □小児慢性有り □その他公費有り ()		

※注意点

- ・紹介状(診療情報提供書)を受診前にFAXで送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、予約センターまでご連絡ください。



「4枚綴り(再検査用)3. 診療情報提供書」をFAXしてください

高知大学病院内使用QR

(以下、当院記載欄)

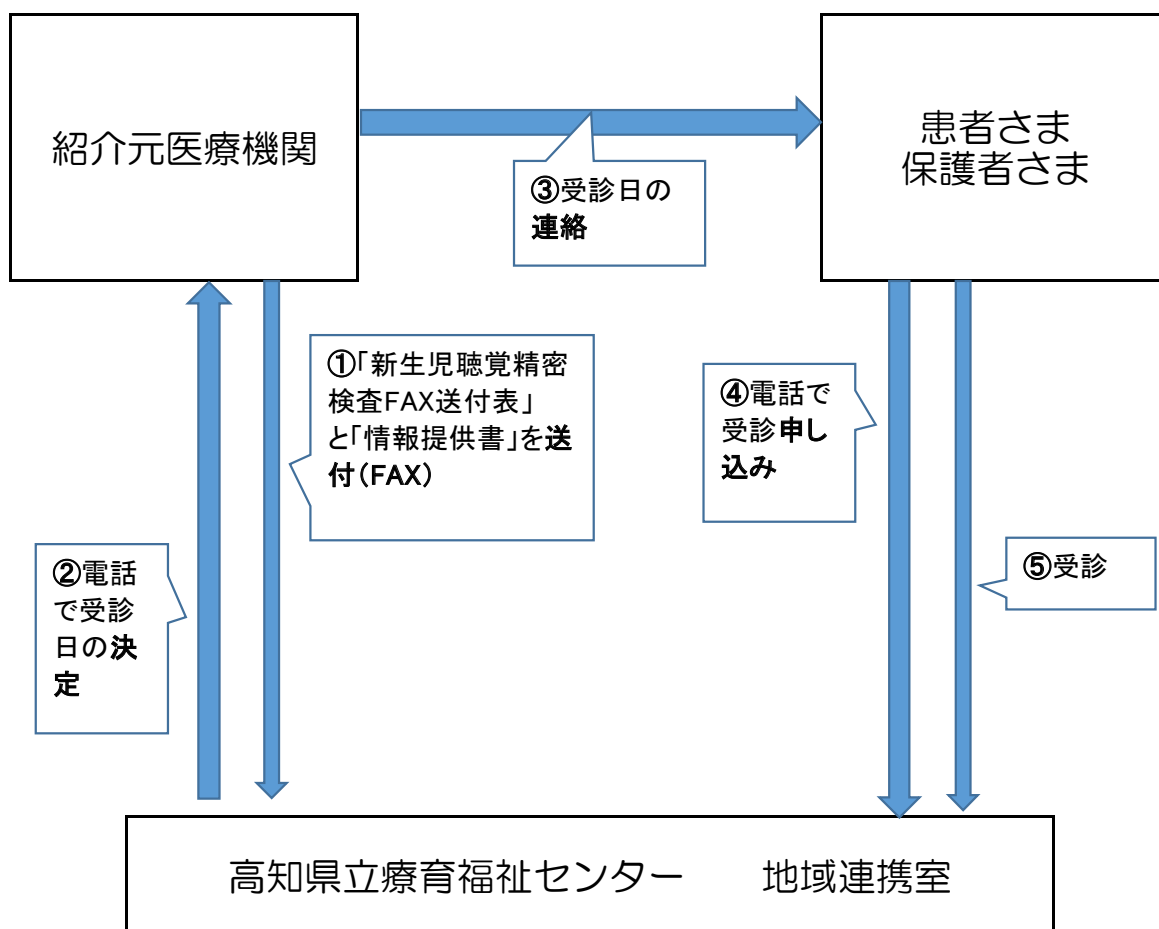
受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

様式は、以下からダウンロードできます

<http://www.kochi-u.ac.jp/kms/hsptl/for-medical.html>

《高知県立療育福祉センター 紹介予約方法》

高知県立療育福祉センター 新生児聴覚精密検査の予約について



電話番号 088-843-6831

FAX番号 088-844-1097

高知県立療育福祉センター 地域連携室行
新生児聴覚精密検査専用

FAX送付票

令和 年 月 日 発信

発信元： 施設名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名：（ ）	
所属：	
送信先：	高知県立療育福祉センター
	所属：地域連携室
	電話番号：- 8 4 3 - 6 8 3 1
	FAX番号：- 8 4 4 - 1 0 9 7
送付枚数（含送付票）： 枚 <u>（情報提供書も送付してください）</u>	
通信欄	

様式は、以下からダウンロードできます。

<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060000/060302/jibikafax.xlsx>

《高知県立幡多けんみん病院 紹介予約方法》

地域医療室経由でご紹介の場合、申し訳ありませんがこのFAX用紙に紹介状添付してご連絡くださるようお願いいたします。



ご紹介いただいた方の診療は、原則として診療日、診療時間を予約して行います。
診療時間は目安の時間になります。

地域医療室

電話 0880-66-2114
FAX 0880-66-2223
病院代表電話 0880-66-2222
(内線 3203)

幡多けんみん病院 地域医療室行 FAX

主保険 ☐ 社 ☐ 国 ☐ 後期 ☐ 労 ☐ 自賠 ☐ 他

保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号

公費負担者番号	受給者番号

紹介先医療機関名 高知県立幡多けんみん病院

・ 受診歴 ☐ 有 ☐ 無

I D 番号

科 先生

※ 担当医師事前連絡 (☐ 済 ☐ 未)

受診希望	☐ 緊急(救急車で来院しなければならない状態)
	☐ 依頼日から(1W以内・2W以内・3W内・4W以内)
	☐ 指定 月 日
来院方法	☐ 救急車 ☐ 寝台車 ☐ 自家用車
移動方法	☐ ストレッチャー ☐ 車イス

所 在 地

医療機関名

電 話

F A X

医 師 氏 名

連絡先看護師氏名

〈備考〉

--

☐ 貴院入院中

ふりがな				性 別	☐ 男性 ☐ 女性
氏 名		年齢		生年月日	
住 所				電話番号	
紹介目的	☐ 精査・診断 ☐ 治療 ☐ 手術 ☐ 入院 ☐ その他 ☐ 放射線診断機器利用 ☒ 造影 (☐ 有 ☐ 無) ☒ 造影MRI患者体内金属植込み ☒ 報告 (☐ C D - R ☐ フィルム) ※放射線診断機器利用の場合は、紹介状のFAXが必要です。 ※MRI・造影剤使用の場合は、別紙『問診票』も必要です。				
依頼内容					
病名・主訴					

様式は、以下からダウンロードできます

<https://www.pref.kochi.lg.jp/hata/chiki/chiikirenkei-simanto-net.html>

《県外へ里帰りをして県外の医療機関で分娩し、 新生児聴覚検査でリファークかつ尿CMV検査を 受けていない場合》

- ・尿CMV検査は生後3週以内に受ける必要があります。
- ・保護者が尿CMV検査の受検を希望する場合は、市町村が尿CMV検査を実施している医療機関について情報提供してください（医療機関についてはマニュアル送付時の事務連絡を参照）。

他都道府県で聴覚要精密検査となり、帰高後尿CMV検査を受ける場合

県内の尿CMV検査を実施できる機関

尿のサイトメガロウイルス検査を実施

※出生後3週間以内に実施が必要

陽性:CMV(+)

聴覚とCMVの両方の精密検査が必要。以下の両方に紹介・予約
(聴覚は所定様式あり)

聴覚の精密検査

高知大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
(精密検査機関)

※CMV(+)は全員大学へ紹介

CMVの精密検査と治療

高知大学小児科

陰性:CMV(-)

聴覚のみ精密検査が必要

聴覚の精密検査医療機関をまだ紹介されていない場合は以下の希望する医療機関へ紹介・予約
(所定様式あり)

- ① 高知大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
(精密検査機関)
- ② 高知県立療育福祉センター耳鼻咽喉科
(精密検査機関)
- ③ 高知県立幡多けんみん病院耳鼻咽喉科
(二次検査機関)

紹介時にCMV(-)の情報を伝える