



《公費負担の書類等について》

- ・平成 29 年 4 月から高知県内全市町村で検査費用の公費負担が開始されています。
- ・新生児聴覚検査では、1 回目の検査、再検査の検査費用が全額公費負担です。
- ・妊娠届出時に、市町村から以下の受診票一式（6 枚綴り）が妊婦に交付されます。

【1 回目検査用】

1. 新生児聴覚検査受診票（1 回目）
2. 新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書（1 回目）

【再検査用】（再検査となった場合に使用します）

1. 新生児聴覚検査受診票（再検査用）
2. 新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書（再検査用）
3. 診療情報提供書
4. 新生児聴覚検査結果連絡票（FAX 送信票）

※3 及び 4 は、要精密検査判定の場合使用します

- ・新生児聴覚検査に関して、市町村から検査実施医療機関に提供されるもの
 - ・新生児聴覚検査の説明文書 みほん…62, 63 ページ
 - ・新生児聴覚検査申込書兼同意書 みほん…64, 65 ページ
 - ・新生児聴覚検査正常判定の場合の説明文書 みほん…66 ページ
 - ・新生児聴覚検査要精密検査判定の場合の説明文書 みほん…67 ページ
- ・参考資料：以下は、保険適用の検査となるため、参考として記載するもの
 - ・尿 CMV 検査説明文書（例）…68 ページ
 - ・サイトメガロウイルス陽性判定の場合の精密検査受診の説明文書（例）…69 ページ

※様式の赤字箇所が今回追加・修正した部分であるため、次回印刷時にご対応ください。

【1回目検査用】

1. 新生児聴覚検査受診票（1回目） みほん

受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで		医療機関コード	
委託医療機関長 様		1回目	
		年 月 日	
新生児聴覚検査受診票		〇〇市町村長	
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。		みほん	
負担者番号		金 円	
ふりがな	性 別	生年月日	
新生児氏名	男 ・ 女	年 月 日生	
お名前が決まっていたら、ご記入ください。			
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	〇〇市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。		電話番号
〇〇市町			()
第1回 検査実施日	年 月 日	日 齢	日
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファアー(要再検査) 左 パス(反応あり) リファアー(要再検査)	判定	正常 (両耳パス) 要再検査(両耳 リファアー) (右・左 リファアー)
1回目検査の結果判定によって、右記の ことを行ってください。	下記のことを実施し、実施した場合は口に✓を入れてください。 ☐ 新生児聴覚検査実施に当たって、保護者への説明と同意書の受理 ☐ 正常の場合、結果を説明し検査結果を母子健康手帳に貼付 ☐ 再検査となった場合は、2日後以降に再検査を実施		
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g ・その他特記事項		
医師名	その他 担当者名		

(保護者の方へ)

○この受診票は、高知県外では使用できません。

○この受診票は、1回目の検査で使用するものです。

○検査は生後2～4日目に検査を行いますので、入院時に母子健康手帳とともにご持参ください。

(医療機関保存用)

【1回目検査用】

2. 新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書（1回目） みほん

医療機関コード		1回目	
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで			
新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書		年 月 日	
〇〇市町村長 様		所在地 医療機関名 氏 名 印	
みほん			
負担者番号			
		金 円	
下記のとおり新生児聴覚検査の結果を報告します。			
ふりがな	性 別	生年月日	
新生児氏名	男 ・ 女	年 月 日生	
お名前が決まっていたら、ご記入ください。			
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	〇〇市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。		電話番号
〇〇市町村		()	
第1回 検査実施日	年 月 日	日 齢 日	
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファア(要再検査) 左 パス(反応あり) リファア(要再検査)	判定	正常 (両耳パス) 要再検査(両耳 リファア) (右・左 リファア)
1回目検査の結果判定 によって、右記のこ を行ってください。	下記のことを実施し、実施した場合は口に入力してください。 ☐ 新生児聴覚検査実施に当たって、保護者への説明と同意書の受理 ☐ 正常の場合、結果を説明し検査結果を母子健康手帳に貼付 ☐ 再検査となった場合は、2日後以降に再検査を実施		
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g ・その他特記事項		
医師名	その他 担当者名		

(医療機関の方へ)

○医療機関は1ヶ月分をまとめて、翌月の10日までに高知県国保連合会に提出してください。

(検査料請求用兼検査結果報告用)

【1回目検査用】

記入例

(パスの場合)

医療機関コード	
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで	
新生児聴覚検査受診票	
1回目	
年 月 日	
委託医療機関長 様 みほん ○○市町村長	
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。	
負担者番号	
金 _____ 円	
ふりがな	○○○○ ○○○○ ベビー 性 別
新生児氏名	○○ ○○ ベビー (男)・女 年 月 日生
保護者氏名 (母の氏名)	○○ ○○
住 所	○○市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。 ○○市町 ○○○○ ○○○○ 電話番号 090 (○○○○) ○○○○
第1回 検査実施日	2019 年 4 月 30 日 日 齢 2 日
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファア(要再検査) 左 パス(反応あり) リファア(要再検査) 判定 正常 (両耳パス) 要再検査 (両耳 リファア) (右・左 リファア)
1回目検査の結果判定によって、右記の ことを行ってください。	下記のことを実施し、実施した場合は口には✓を入れてください。 すべて ☑が 入ります ☒ 新生児聴覚検査実施に当たって、保護者への説明と同意書の受理 ☒ 正常の場合、結果を説明し検査結果を母子健康手帳に貼付 ☒ 再検査となった場合は、2日後以降に再検査を実施
特記事項	・在胎週数(40)週 出生時体重(3,120)g ・その他特記事項 なし
医師名	○○ ○○ その他 担当者名 助産師 ○○ ○○

(保護者の方へ)

○この受診票は、高知県外では使用できません。

○この受診票は、1回目の検査で使用するものです。

○検査は生後2～4日目に検査を行いますので、入院時に母子健康手帳とともにご持参ください。

(医療機関保存用)

【1回目検査用】

記入例

(リファーマの場合)

医療機関コード	
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで	
新生児聴覚検査受診票	
1回目	
年 月 日	
委託医療機関長 様	
みほん	
○○市町村長	
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。	
負担者番号	
金 円	
ふりがな	○○○○ ○○○○ ベビー
新生児氏名	○○ ○○ ベビー
保護者氏名 (母の氏名)	○○ ○○
住 所	○○市町 ○○○○ ○○○○
性別	性 別
生年月日	年 月 日生
電話番号	090 (○○○○) ○○○○
第1回 検査実施日	2019 年 4 月 30 日
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファーマ(要再検査) 左 パス(反応あり) リファーマ(要再検査)
判定	正常 (両耳パス) 要再検査 (両耳 リファーマ) (右・左 リファーマ)
1回目検査の結果判定によって、右記のことを行ってください。	下記のことを実施し、実施した場合は口に✓を入れてください。 ☒ 新生児聴覚検査実施に当たって、保護者への説明と同意書の受理 ☒ 正常の場合、結果を説明し検査結果を母子健康手帳に貼付 ☒ 再検査となった場合は、2日後以降に再検査を実施
特記事項	・在胎週数(40)週 出生時体重(3,120)g ・その他特記事項 なし
医師名	○○ ○○
その他担当者名	助産師 ○○ ○○

(保護者の方へ)

○この受診票は、高知県外では使用できません。

○この受診票は、1回目の検査で使用します。

○検査は生後2～4日目に検査を行いますので、入院時に母子健康手帳とともにご持参ください。

(医療機関保存用)

【再検査用】

1. 新生児聴覚検査受診票（再検査用） みほん

医療機関コード											
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで											
再検査											
新生児聴覚検査受診票											
委託医療機関長 様 年 月 日											
みほん 〇〇市町村長											
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。											
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">負担者番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		負担者番号									
負担者番号											
金 円											
ふりがな	性 別										
新生児氏名	男 ・ 女										
お名前が決まっていたら、ご記入ください。											
保護者氏名 (母の氏名)											
住 所	電話番号										
〇〇市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。											
〇〇市町											
1回目検査	年 月 日										
1回目検査結果	右 パス(反応あり) リファ(要再検査) 左 パス(反応あり) リファ(要再検査)										
再検査実施日	年 月 日										
自動ABR検査結果	判定										
右 パス(反応あり) リファ(要精密検査) 左 パス(反応あり) リファ(要精密検査)	正常 (両耳パス) 要精密検査 (両耳 リファ) (右・左 リファ)										
再検査結果で 要精密検査となった場合	下記のことを実施し、実施した場合は□に✓を入れてください。 ☐ 母子健康手帳に結果を貼付 ☐ 聴覚の検査結果の説明 ☐ 尿サイトメガロウイルス検査の説明 ☐ 尿サイトメガロウイルス検査の実施 ☐ 聴覚の精密検査について説明 ☐ 精密検査・二次検査機関の選定 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・高知県立療育福祉センター・高知県立幡多けんみん病院 (県外の場合の紹介先) ☐ 精密検査・二次検査機関に診療情報提供書をFAXで送信 ☐ 診療情報提供書を保護者に交付 ☐ 児の住民票のある市町村へ4枚目の新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票)をFAX										
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g Apgarスコア 点(1分) 点(5分) ・以下に該当があればチェック ☐ 該当なし ☐ 高ビリルビン血症(交換輸血施行) ☐ 子宮内感染(風疹など) ☐ 尿サイトメガロウイルス検査 陽性 ☐ 頭頸部の奇形 ☐ 人工換気療法(5日以上) ☐ 先天聴覚障害の家族歴 ☐ 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期) ☐ 臍帯血pH(実施していれば) () ☐ 先天異常症候群() ・その他特記事項										
使用機種	ネイタスアルゴ(バージョン) エコースクリーンII MAAS (シリーズ名) MB11ベラフォーン MB11クラシック その他()										
医師名	その他 担当者名 連絡先電話 ()										

(保護者の方へ)
○この受診票は、再検査で使用するものです。高知県外では使用できません。

(医療機関保存用)

【再検査用】

2. 新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書（再検査用） みほん

医療機関コード																
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで 再検査																
新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書 年 月 日																
〇〇市町村長 様 みほん 所在地 医療機関名 氏 名 印																
年 月 日の再検査に要した費用を下記のとおり請求します。 負担者番号 金 円																
下記のとおり新生児聴覚検査の結果を報告します。 <table border="1"> <tr> <td>ふりがな</td> <td>性 別</td> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td>新生児氏名</td> <td>男 ・ 女</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td colspan="3">お名前が決まっていたら、ご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>保護者氏名 (母の氏名)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td> 〇〇市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。 〇〇市町 </td> <td> 電話番号 () </td> </tr> </table>		ふりがな	性 別	生年月日	新生児氏名	男 ・ 女	年 月 日生	お名前が決まっていたら、ご記入ください。			保護者氏名 (母の氏名)			住 所	〇〇市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。 〇〇市町	電話番号 ()
ふりがな	性 別	生年月日														
新生児氏名	男 ・ 女	年 月 日生														
お名前が決まっていたら、ご記入ください。																
保護者氏名 (母の氏名)																
住 所	〇〇市町村外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。 〇〇市町	電話番号 ()														
1回目検査	年 月 日 1回目検査結果 右 パス(反応あり) リファアー(要再検査) 左 パス(反応あり) リファアー(要再検査)															
再検査実施日	年 月 日 日 齢 日															
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファアー(要精密検査) 左 パス(反応あり) リファアー(要精密検査) 判定 正常 (両耳パス) 要精密検査(両耳 リファアー) (右・左 リファアー)															
再検査結果で 要精密検査となった場合	下記のことを実施し、実施した場合は□に✓を入れてください。 □ 母子健康手帳に結果を貼付 □ 聴覚の検査結果の説明 □ 尿サイトメガロウイルス検査の説明 □ 尿サイトメガロウイルス検査の実施 □ 聴覚の精密検査について説明 □ 精密検査・二次検査機関の選定 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・高知県立療育福祉センター・高知県立幡多けんみん病院 (県外の場合の紹介先) □ 精密検査・二次検査機関に診療情報提供書をFAXで送信 □ 診療情報提供書を保護者に交付 □ 児の住民票のある市町村へ4枚目の新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票)をFAX															
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g Apgarスコア 点(1分) 点(5分) ・以下に該当があればチェック □ 該当なし □ 高ビリルビン血症(交換輸血施行) □ 子宮内感染(風疹など) □ 頭頸部の奇形 □ 人工換気療法(5日以上) □ 先天聴覚障害の家族歴 □ 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期) □ 臍帯血pH(実施していれば)() □ 先天異常症候群() ・その他特記事項 □尿サイトメガロウイルス検査 陽性															
使用機種	ネイタスアルゴ(バージョン) エコースクリーンII MAAS (シリーズ名) MB11ベラフオーン MB11クラシック その他()															
医師名	その他 担当者名 連絡先電話 ()															

(医療機関の方へ)

○医療機関は1ヶ月分をまとめて、翌月の10日までに高知県国保連合会に提出してください。

(検査料請求用兼検査結果報告用)

【再検査用】

記入例

(最終両側リファーマーの場合)

医療機関コード	
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで 再検査	
新生児聴覚検査受診票 年 月 日	
委託医療機関長 様 みほん 〇〇市町村長	
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。 負担者番号	
金 円	
ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 ベビー	性別 男 女
新生児氏名 〇〇 〇〇 ベビー お名前が決まっていたら、ご記入ください。	生年月日 2019年 4月 28日生
保護者氏名 (母の氏名) 〇〇 〇〇	
住 所 〇〇市町 〇〇〇〇 〇〇〇〇	電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
1回目検査 2019年4月30日	1回目検査結果 右 パス(反応あり) 左 パス(反応あり) リファーマー(要再検査) リファーマー(要再検査)
再検査実施日 年 月 日	日 齢 日
自動ABR検査結果 右 パス(反応あり) 左 パス(反応あり) リファーマー(要精密検査) リファーマー(要精密検査)	判定 正常 (両耳パス) 要精密検査 (両耳 リファーマー) (右・左 リファーマー)
再検査結果で 要精密検査となった場合	下記のことを実施し、実施した場合は口に入力してください。 ☒ 母子健康手帳に結果を貼付 ☒ 聴覚の検査結果の説明 ☒ 尿サイトメガロウイルス検査の説明 ☒ 尿サイトメガロウイルス検査の実施 ☒ 聴覚の精密検査について説明 ☒ 精密検査・二次検査機関の選定 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科 高知県立療育福祉センター・高知県立幡多けんみん病院 (県外の場合の紹介先) ☒ 精密検査・二次検査機関に診療情報提供書をFAXで送信 ☒ 診療情報提供書を保護者に交付 ☒ 児の住民票のある市町村へ4枚目の新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票)をFAX
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g Apgarスコア 点(1分) 点(5分) ・以下に該当があればチェック ☒ 該当なし ☐ 高ビリルビン血症(交換輸血施行) ☐ 子宮内感染(風疹など) ☐ 尿サイトメガロウイルス検査 陽性 ☐ 頭頸部の奇形 ☐ 人工換気療法(5日以上) ☐ 先天聴覚障害の家族歴 ☐ 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期) ☐ 臍帯血pH(実施していれば) () ☐ 先天異常症候群() ・その他特記事項
使用機種	ネイタスアルゴ(バージョン) エコースクリーンII MAAS (シリーズ名) MB11ベラフォン MB11クラシック その他()
医師名 〇〇 〇〇	その他担当者名 助産師 〇〇 〇〇 連絡先電話 088(8xx)xxxx

(保護者の方へ)
〇この受診票は、再検査で使用するものです。高知県外では使用できません。

(医療機関保存用)

【再検査用】

3. 診療情報提供書 みほん

医療機関コード			
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで		再検査	
診療情報提供書		年 月 日	
精密検査実施医療機関 御中		所在地 医療機関名 氏 名	
みほん		印	
新生児聴覚検査で要精密検査と判断されました。精密検査等よろしく願います。			
ふりがな	性 別	生年月日	
新生児氏名	男 ・ 女	年 月 日生	
お名前が決まっていたら、ご記入ください。			
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	〇〇市町外に住民票を移された場合は、この受診票を使用することができません。 〇〇市町		電話番号 ()
1回目検査	年 月 日	1回目検査結果	右 パス(反応あり) リファ(要再検査) 左 パス(反応あり) リファ(要再検査)
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファ(要精密検査) 左 パス(反応あり) リファ(要精密検査)		判定 要精密検査(両耳 リファ) (右・左 リファ)
再検査結果で 要精密検査となった場合	下記のことを実施し、実施した場合は口に✓を入れてください。 ☐ 母子健康手帳に結果を貼付 ☐ 聴覚の検査結果の説明 ☐ 尿サイトメガロウイルス検査の説明 ☐ 尿サイトメガロウイルス検査の実施 ☐ 聴覚の精密検査について説明 ☐ 精密検査・二次検査機関の選定 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・高知県立療育福祉センター・高知県立幡多けんみん病院 (県外の場合の紹介先) ☐ 精密検査・二次検査機関に診療情報提供書をFAXで送信 ☐ 診療情報提供書を保護者に交付 ☐ 児の住民票のある市町村へ4枚目の新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票)をFAX		
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g Apgarスコア 点(1分) 点(5分) ・以下に該当があればチェック ☐ 該当なし ☐ 高ビリルビン血症(交換輸血施行) ☐ 子宮内感染(風疹など) ☐ 尿サイトメガロウイルス検査 陽性 ☐ 頭頸部の奇形 ☐ 人工換気療法(5日以上) ☐ 先天聴覚障害の家族歴 ☐ 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期) ☐ 臍帯血pH(実施していれば)() ☐ 先天異常症候群() ・その他特記事項		
使用機種	ネイタスアルゴ(バージョン) エコースクリーンII MAAS (シリーズ名) MB11ベラフォーン MB11クラシック その他()		
医師名	その他 担当者名		連絡先電話 ()

(医療機関の方へ)

- 本状を保護者に交付し、精密検査実施医療機関受診時に持参させてください。
- 本状(あるいは複写を)高知大学医学部附属病院予約センターにFAXしてください。
- 本状は複写をとり、診療録とともに保管ください。

(精密検査用情報提供書)

【再検査用】

4. 新生児聴覚検査結果連絡票（FAX 送信票） みほん

医療機関コード			
受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで			再検査
新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票) 年 月 日 〇〇市町村〇〇〇〇課 御中 みほん 所在地 医療機関名 氏 名 印			
新生児聴覚検査で要精密検査と判断されました。今後のフォローをよろしくお願いします。			
ふりがな	性 別	生年月日	
新生児氏名	男 ・ 女	年 月 日生	
お名前が決まっていたら、ご記入ください。			
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	〇〇市町村		電話番号 ()
1回目検査	年 月 日	1回目検査結果	右 パス(反応あり) リファアー(要再検査) 左 パス(反応あり) リファアー(要再検査)
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日
自動ABR検査結果	右 パス(反応あり) リファアー(要精密検査) 左 パス(反応あり) リファアー(要精密検査)	判定	要精密検査(両耳 リファアー) (右・左 リファアー)
再検査結果で 要精密検査となった場合	下記のことを実施し、実施した場合は□に✓を入れてください。 ☐ 母子健康手帳に結果を貼付 ☐ 聴覚の検査結果の説明 ☐ 尿サイトメガロウイルス検査の説明 ☐ 尿サイトメガロウイルス検査の実施 ☐ 聴覚の精密検査について説明 ☐ 精密検査・二次検査機関の選定 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・高知県立療育福祉センター・高知県立幡多けんみん病院 (県外の場合の紹介先) ☐ 精密検査・二次検査機関に診療情報提供書をFAXで送信 ☐ 診療情報提供書を保護者に交付 ☐ 児の住民票のある市町村へ4枚目の新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票)をFAX		
特記事項	・在胎週数()週 出生時体重()g Apgarスコア 点(1分) 点(5分) ・以下に該当があればチェック ☐ 該当なし ☐ 高ビリルビン血症(交換輸血施行) ☐ 子宮内感染(風疹など) ☐ 尿サイトメガロウイルス検査 陽性 ☐ 頭頸部の奇形 ☐ 人工換気療法(5日以上) ☐ 先天聴覚障害の家族歴 ☐ 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期) ☐ 臍帯血pH(実施していれば) () ☐ 先天異常症候群() ・その他特記事項		
使用機種	ネイタスアルゴ(バージョン) エコースクリーンII MAAS (シリーズ名) MB11ベラフオーン MB11クラシック その他()		
医師名	その他 担当者名	連絡先電話 ()	

(医療機関の方へ)

○精密検査が必要になった方について、この検査結果連絡票をFAXしてください。〇〇市町村〇〇〇〇課より電話にて、児の氏名、住所等を確認します。

●FAXを受信した市町村は、検査実施医療機関に電話連絡し、児の氏名、住所等を確認してください。

(検査結果市町村への連絡票)

【新生児聴覚検査の説明文書 みほん】

※県外の方の里帰り分娩等で、自己負担で受検される方については、この説明書に準じた形で内容を作成して活用ください。

赤ちゃんのきこえの検査（新生児聴覚検査）について

ー保護者の方へー

赤ちゃんの健やかな成長はみんなの願いです。

生まれてくる赤ちゃんの1,000人のうち、1～2人は、耳のきこえに障害を持っているといわれています。その場合には、早く発見して、適切な援助をしてあげることが赤ちゃんのことばと心の成長にとっても大切です。

〇〇市町村では、生まれた赤ちゃんの耳のきこえの検査を公費負担で実施しています。検査は、高知県内の出産を取り扱う医療機関で実施します。

生まれた時のきこえを確認するため、この検査を受けられることをお勧めします。

出生時、出産した母親の住民票が〇〇市町村にあり、「新生児聴覚検査（きこえの検査）申込書兼同意書」で申し込みをされた場合には、新生児聴覚検査費用の全額を〇〇市町村が負担します。個人負担はありません。（精密検査については、健康保険と乳幼児医療費助成の適用で無料となります。）

どんな検査ですか？

赤ちゃんが眠っている間に小さな音を聴かせて、脳から出る微弱な反応波を検出し、正常な波形と比較することにより、自動的に判定を行う耳の検査です。

数分間で安全に行える検査で、赤ちゃんは何の痛みも感じませんし、副作用もありません。また、薬も使いません。検査結果は「パス」あるいは「リファアー（要再検）」のいずれかで、出産の入院中にわかります。

1回目に「要再検（リファアー）」となった場合は、耳の中（中耳というところ）に水がたまっていて音が十分に届かずパスしなかった場合が多いので、2日後以降にもう1度検査（再検査）を行います。

再検査の結果が「リファアー」となった場合は、「要精密検査」と判定されます。この場合、自動的に判定を行う耳の検査ではきこえの状態を判断できなかったため、専門機関で詳しい聴力検査を受けてきこえを確認することが必要となります。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ありません。専門機関は検査を実施した医療機関から紹介します。

※ 「要精密検査」と判定された場合に、尿のサイトメガロウイルス検査（尿の中にウイルスの核酸というものがあるかどうかを調べる検査）を実施することが勧められています。サイトメガロウイルスによってきこえの問題がおこる場合がありますが、この検査は生後3週以内に行う必要があります。そのため、きこえの精密検査に先立って入院中に検査を実施するものです。退院前に尿の検査をして、退院後外来に予約をしていただき結果をお伝えします。

**検査を受ける必要が
あるのですか？**

生まれた時から耳のきこえに問題がある場合、できるだけ早く療育を始める必要があります。きこえの問題の発見は検査をしないとわからないため、検査を受けることが望ましいです。

**検査に「パス」した場合は、一生、耳
のきこえは心配ありませんか？**

検査に「パス」した赤ちゃんの場合でも、成長の過程で中耳炎やおたふくかぜなどのいろいろな原因できこえが悪くなる場合もあります。耳のきこえに問題のある、小学校にあがるまでのお子さんのうち、6割は生まれた時からきこえに問題がありますが、残りの4割は生後数か月以降からきこえの問題がおこっています。

結果をお知らせする時にお渡しする「乳児のきこえの発達 チェック項目」と題したチェックリストを参考にして、今後もお子さんのきこえの発達を確認してください。このことは耳のきこえだけでなく、お子さんの健やかな成長を見守る上でも大切ですのでぜひ行ってみてください。

保護者の方は、「新生児聴覚検査（きこえの検査）申込書兼同意書」（産科医療機関でお渡しします。）をお読みいただき、ご署名の上、出産で入院中に医療機関へ提出してください。検査の結果については、他の目的に使用することはありません。また、検査を受けない場合でも医療上の不利益が生じることはありません。

【新生児聴覚検査申込書兼同意書 みほん】

※県外の方の里帰り分娩等で、自己負担で受診される方については、この説明書に準じた形で内容を作成して活用ください。

新生児聴覚検査（きこえの検査）申込書兼同意書

母の氏名 母の生年月日 昭和・平成 年 月 日

新生児氏名 新生児生年月日 令和 年 月 日

（決まっていれば） ※出産前に申し込みすることもできます。その場合は空欄でお願いします。

記

1. 検査の申し込みについて

- ・この「新生児聴覚検査（きこえの検査）申込書兼同意書」の内容に同意の上署名し、新生児聴覚検査を実施する医療機関に提出することによって、検査の申し込みとします。
- ・検査（及び再検査）の実施前であれば、いつでも検査申し込みを撤回することができます。この検査を申し込まない、あるいは申し込みを撤回した場合でも、通常の診療で不利益をこうむることはありません。

2. 検査について

- ・この検査は、新生児期（生まれた時）のきこえの問題を発見するために行われます。小学校にあがるまでに難聴が発見されるお子さんのうち、新生児期に難聴があるお子さんは6割とされています。残りの4割は新生児期には難聴がなく、生後数か月以降に難聴が現れます。
- ・新生児期にきこえの問題がある子どもは1,000人に1～2人とされており、その場合できるだけ早く療育を開始する必要があります。
- ・検査は自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）という方法で、音が脳まで伝わっているかどうか電気信号を検出して調べるものです。検査の通過をパス、通過しない場合をリファアといいます。哺乳直後などの熟睡時に行い数分程度で終了します。からだに傷がつかない安全な検査です。
- ・初回の検査でリファアになる場合がありますが、耳の中（中耳というところ）に羊水がたまっていておこる場合が多いので、日をあけて再検査（確認検査）を行います。初回の検査結果がリファアになったというだけで精密検査になることはありません。検査の結果がパス（反応あり）の場合でも成長に従ってきこえの状態を確認し、乳幼児健診を受けましょう。

3. 精密検査について

- ・再検査をしてもリファアになった場合は自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）ではきこえの状態を判断できないため、精密検査が必要となります。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ありません。
- ・高知県内では、新生児聴覚の精密検査は高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科（以下高知大学）及び高知県立療育福祉センター、二次検査機関である幡多けんみん病院で実施しています。
- ・新生児聴覚検査を実施した医療機関では、居住地や保護者の意向等から精密検査等機関に紹介し、精密検査を依頼します。
- ・精密検査では、詳しいきこえの検査や耳鼻咽喉科診察などが行われます。場合によって精密検査機関から高知県立療育福祉センターに紹介され、引き続き検査などを行う場合があります。
- ・精密検査の結果、定期的に診療（療育）や検査が必要となる場合は、高知大学又は高知県立療育福祉センターへの通院（通所）を引き続きお願いすることとなります。

4. 尿のサイトメガロウイルス検査について

- ・令和6年から、精密検査が必要となったお子さん（再検査をしてもリファアになった場合）には尿のサイトメガロウイルス検査を実施することが勧められています。詳しくは、検査が必要となった場合に説明いたします。

5. 検査結果の報告、連絡と検査（診療）情報の保管について

- ・検査結果は法律に基づいて検査実施医療機関に3年間以上保管されます。また、「新生児聴覚検査（きこえの検査）申込書兼同意書」及び「新生児聴覚検査受診票」は検査実施医療機関に保管されます。
- ・検査結果は新生児聴覚検査を実施した医療機関から住所地の市町村に報告され、「新生児聴覚検査費請求書兼結果報告書」が市町村に保管されます。精密検査の対象となった場合は、市町村から訪問や相談などの支援が実施されます。
- ・精密検査の結果は、精密検査を実施した機関から新生児聴覚検査を実施した医療機関に紹介の返信として連絡されるとともに、訪問や相談などの支援を実施している市町村から結果についてお問い合わせをすることがあります。
- ・将来きこえの検査が必要となり高知大学又は高知県立療育福祉センターを受診した場合に、新生児聴覚検査に関する情報（検査受検の有無、検査結果など）について、高知大学又は高知県立療育福祉センターから市町村に対して情報の照会を行う場合があります。また、高知大学から紹介されて高知県立療育福祉センターにて診療（療育）を受けている時は、要精密検査となったお子さんのきこえの状態がどうであったかを最終的に確認するために、高知大学と高知県立療育福祉センターが相互に診療（療育）の情報を照会することがあります。
- ・取り扱われる個人情報、氏名、住所、生年月日、性別のほか、診療・相談・療育に必要な最低限の医学情報に限られます。
- ・検査結果には、4の尿のサイトメガロウイルス検査を実施した場合には、その結果も含まれます。

6. 個人情報の取り扱いについて

- ・個人情報は厳格・確実に保護され、「5. 検査結果の報告、連絡と検査（診療）情報の保管について」の目的に沿って使用し、目的以外に使用されることはありません。なお、個人が特定されない形で統計的に処理された情報は、検査実施結果、精密検査実施結果として高知県に報告されます。

7. 診療費用の負担について

- ・市町村では、新生児聴覚検査の「検査」「再検査」に係る費用を負担します。
- ・精密検査紹介前に行われる尿のサイトメガロウイルス検査は、保険適用となるため健康保険と乳幼児医療費助成で行われ、無料です。

医療機関の長 様

新生児聴覚検査（きこえの検査）の説明を受け、上記1～7を確認し、同意の上、検査を申し込みます。

令和 年 月 日 保護者署名（自署）

児との続柄：

【新生児聴覚検査正常判定の場合の説明文書 みほん】

※県外の方の里帰り分娩等で、自己負担で受診される方への説明については、この説明書に準じた形で内容を作成して活用ください。

「パス」（新生児聴覚検査実施医療機関 → 保護者）

新生児聴覚検査結果のお知らせ

今回の検査（ 年 月 日実施）では、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ました。

ただ、成長に従って、きこえの問題が現れる耳の病気や、はしかやおたふくかぜなどのウイルス感染によって難聴がおこることもあります。

このチェック表をお渡ししますので、成長に従ってできたことに、チェックを入れていきましょう。また、乳幼児健診は必ず受けてください。

今後お子さんのきこえやことばの発達について心配なことがありましたら、担当の産科・小児科の医師、耳鼻咽喉科の医師、また、お住まいの市町村の母子保健担当課にご相談ください。

check !

- | | | |
|-----------|--------------------------|--|
| 4か月ごろ | ☐ | 名を呼ぶとゆっくりではあるが顔を向ける |
| | ☐ | 人の声（とくに聞きなれた母親の声）に振り向く |
| 6か月ごろ | ☐ | 突然の大きな音や声に、びっくりしてしがみついたり、泣き出したりする |
| | ☐ | 日常のいろいろな音（玩具、テレビの音、楽器音、戸の開閉など）に関心を示す（振り向く） |
| | ☐ | 声をかけるとサッと振り向く |
| | ☐ | テレビやラジオの音に敏感に振り向く |
| 7か月ごろ | ☐ | となりの部屋のもの音や、外の動物のなき声などに振り向く |
| 9か月ごろ | ☐ | 外のいろいろな音（車の音、雨の音、飛行機の音など）に関心を示す（音の方にはってゆく、または見まわす） |
| | ☐ | 「オイデ」、「バイバイ」など人のことば（身振りを入れずことばだけで命じて）に応じて行動する |
| 10か月ごろ | ☐ | 「ママ」、「マンマ」または「ネンネ」など、人のことばをまねていう |
| 11か月ごろ | ☐ | 音楽のリズムにあわせて身体を動かす |
| | ☐ | 「……チョウダイ」というと、そのものを手渡す |
| | ☐ | 「……どこ？」と聞くと、そちらを見る |
| 12～15か月ごろ | ☐ | 簡単なことばによるいいつけや、要求に応じて行動する |
| | ☐ | 目、耳、口、その他の身体部位をたずねると、指をさす |

※ きこえの発達は個人差がありますので、1～2か月ずれることがあります。

※ 母子健康手帳の中にも、「保護者の記録」欄にきこえに関するチェックがありますので参考にしてください。

【新生児聴覚検査要精密検査判定の場合の説明文書 みほん】

※県外の方の里帰り分娩等で、自己負担で受診される方については、この説明書に準じた形で内容を作成して活用ください。

「要精密検査」（新生児聴覚検査実施医療機関 → 保護者）

聴覚の精密検査受診のお願い

お子さんが受けた「新生児聴覚検査」では、ささやき程度の大きさの音をきいて、反応を調べる検査を2回行いました。今回の検査では、2回とも反応が十分ではなく（2回ともリファ）、きこえの状態を判断できなかったため、もう少し詳しい精密検査が必要と判断されました。この検査では、100人から200人に1人のお子さんが「精密検査が必要」と判断されます。

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ありません。また、もし、きこえに問題があったとしても、「新生児聴覚検査」ではどの程度のきこえなのかまでは診断できません。専門的な診察と検査を受けることによって、詳しくきこえの状態を調べ、専門医が総合的に診断します。

精密検査については、「新生児聴覚検査」を受けた医療機関からご案内いたします。

※県外の施設をご希望の場合は、「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会」が指定した検査施設に紹介いたします。

また、今後子育ての相談や適切な支援をするために、今回の検査結果を住民票のある市町村の保健師に連絡いたしますのでご理解をお願いします。お子さんとご家族のプライバシーを守ることについては確実に配慮されます。なお、詳しい検査を受けるまでの間、お子さんのきこえやことばの発達について心配なことがありましたら、お住まいの市町村の母子保健担当課にご相談ください。

※新生児の時に、両方あるいはどちらかの耳に、「ささやき声程度の大きさ」以上のきこえの問題があるお子さんは、500人から1,000人に1人程度といわれています。「ささやき声程度」とは、ドアを閉める音や、ガラガラや太鼓の音などの「普通の大さきの音」は聞こえるが、小さな声でお話する時の音がわかりにくい（ざわざわした環境ではことばがうまく聞き取れない）程度の大さきの音です。万一、精密検査の結果、きこえの問題があった場合には、診療や療育につないでいきます。お子さんの健やかな成長のために、必ず精密検査を受けていただくようお願いいたします。

※参考資料

【尿 CMV 検査説明文書 例】

※尿 CMV 検査は公費負担ではなく保険診療となりますので例示です。必要に応じて、本内容を参考に、医療機関でご作成ください。

尿のサイトメガロウイルス検査について

- 令和6年から、きこえの精密検査が必要となったお子さん（再検査をしてもリファーになった場合）には、尿のサイトメガロウイルス検査（尿の中にウイルスの核酸というものがあるかどうかを調べる検査）を実施することが勧められています。
- サイトメガロウイルスによってきこえの問題がおこる場合がありますが、この検査は生後3週以内に行う必要があります。そのため、きこえの精密検査に先立って入院中に検査を実施するものです。
- 退院前に尿の検査をして、退院後外来の予約をしていただき結果をお伝えします。
- 尿のサイトメガロウイルス検査で陽性の場合、聴覚の精密検査と併せて小児科での精密検査が必要となりますので、小児科の精密検査も紹介いたします。
- 尿のサイトメガロウイルス検査は健康保険と乳幼児医療費助成で行われ、無料です。
- 検査結果の住所地の市町村や医療機関などへの報告、連絡と検査（診療）情報の保管及び個人情報の取り扱いについては、新生児聴覚検査の結果と一体として扱います。

※参考資料

【サイトメガロウイルス陽性判定の場合の精密検査受診の説明文書 例】

※尿 CMV 検査は公費負担ではなく保険診療となりますので例示です。必要に応じて、本内容を参考に、医療機関でご作成ください。

サイトメガロウイルス感染症に関する精密検査受診のお願い

- サイトメガロウイルスは世界中のどこにでもいるありふれたウイルスです。赤ちゃんが、このウイルスに感染して生まれてくる場合があります、このウイルスによって、きこえの問題をおこしている場合があります。
- お子さんは、今回行った尿の検査で、このウイルスを持っていると診断されました。
- きこえの問題のほかに、このウイルスで身体のほかの場所の問題がおこっている場合があります。
- そのため、小児科（全身）と耳鼻咽喉科（きこえ）の両方の精密検査を受ける必要があります。高知県内で両方の精密検査が1つの病院で可能なのは、高知大学医学部附属病院ですので、小児科と耳鼻咽喉科・頭頸部外科の両方へ紹介します。
- なお、サイトメガロウイルス感染症（サイトメガロウイルスによって引き起こされたきこえの問題を含む）では、抗ウイルス薬による治療が可能な場合があります。高知大学医学部附属病院の小児科で精密検査を担当する医師から治療についてお話があった場合は、治療効果や薬の副作用などを医師とよく相談の上治療をご検討ください。

