

※ 里帰り出産等により私費（自己負担）で行う場合も準じてください

## 《公費の書類について》

- ・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。
- ・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、以下の受診票一式（6枚綴り）が妊婦に交付されます。  
なお、受診票一式は譲渡等が禁止されています。

### 【1回目検査用】…25、26、31（記入例）、32（記入例）ページ

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）…27、28、29、30、33（記入例）ページ

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

- ・以下が市町村から検査実施医療機関に提供されます。

検査の説明書…34、35 ページ

申込書兼同意書…36、37 ページ

正常判定の場合の説明用紙…38 ページ

要精密検査判定の場合の精密検査受診のお願い文書…39 ページ

【1回目検査用】

1. 新生児聴覚検査受診票（1回目） 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		1回目											
<b>新生児聴覚検査受診票</b>		年 月 日											
委託医療機関長 様		〇〇市町村長											
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-size: 1.2em;">みほん</div>													
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">負担者番号</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>				負担者番号									
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 <small>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。</small>		電話番号  (       )										
第1回 検査実施日	年 月 日	日 齢       日											
AABR検査結果	右 PASS(反応あり)    REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり)    REFER(要再検査)	判定	正常 (両耳PASS) 要再検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)										
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✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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

受診票有効期間 児の1歳の誕生日の前日まで		1回目	
<b>新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書</b>			
〇〇市町村長 様		年 月 日	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">みほん</div>		所在地 医療機関名 氏 名	印
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	
<small>お名前が決まっていたら、ご記入ください。</small>			
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	<small>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。</small> 〇〇市町村		電話番号  ( )
第1回 検査実施日	年 月 日	日 齢	日
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)	判定	正常 (両耳PASS) 要再検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
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□に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)

【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		<b>再検査</b>											
<b>新生児聴覚検査受診票</b>													
委託医療機関長 様		年 月 日											
		〇〇市町村長											
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 2em; color: red;">みほん</div>													
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">負担者番号</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	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 ( )										
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。													
1回目検査	年 月 日	1回目検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) RREFER(要再検査)										
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日										
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要精密検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要精密検査)	判定	正常 (両耳PASS) 要精密検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)										
再検査結果で 要精密検査となった場合	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 母子健康手帳に結果を貼付</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果の説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査が必要な場合は精密検査について説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査紹介先医療機関 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・(県外の場合の紹介先 )</p> <p><input type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院紹介の場合は、予約センターに紹介予約</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を、大学予約センターにFAX</p> <p><input type="checkbox"/> <b>受診予約日を保護者に連絡</b></p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を保護者に交付</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>												
次回、印刷時に 追加してください。													
特記事項	<p>・在胎週数( )週 出生時体重( )g Apgarスコア 点(1分) 点(5分)</p> <p>・以下に該当があればチェック <input type="checkbox"/> 該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高ビリルビン血症(交換輸血施行) <input type="checkbox"/> 子宮内感染(風疹など)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭頸部の奇形 <input type="checkbox"/> 人工換気療法(5日以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 先天聴覚障害の家族歴 <input type="checkbox"/> 耳毒性薬剤使用(妊娠中、産産期)</p> <p><input type="checkbox"/> 臍帯血pH(実施していれば) ( ) <input type="checkbox"/> 先天異常症候群( )</p> <p>・その他特記事項</p>												
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ペラフオーン MB11クラシック その他( )												
医師名			その他 担当者名 連絡先電話 ( )										

(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、再検査で使用するものです。

(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		<b>再検査</b>	
<b>新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書</b>			
〇〇市町村長 様		年 月 日	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 2em; color: red;">みほん</div>		所在地 医療機関名 氏 名	
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。		印	
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。 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 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要精密検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要精密検査)	判定	正常 (両耳PASS) 要精密検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
再検査結果で 要精密検査となった場合	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 母子健康手帳に結果を貼付</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果の説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査が必要な場合は精密検査について説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査紹介先医療機関 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・(県外の場合の紹介先 )</p> <p><input type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院紹介の場合は、予約センターに紹介予約</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を、大学予約センターにFAX</p> <p><input type="checkbox"/> 受診予約日を保護者に連絡</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を保護者に交付</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>		
特記事項	<p>・在胎週数( )週 出生時体重( )g Apgarスコア 点(1分) 点(5分)</p> <p>・以下に該当があればチェック □ 該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高ビリルビン血症(交換輸血施行) □ 子宮内感染(風疹など)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭頸部の奇形 □ 人工換気療法(5日以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 先天聴覚障害の家族歴 □ 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期)</p> <p><input type="checkbox"/> 臍帯血pH(実施していれば) ( ) □ 先天異常症候群( )</p> <p>・その他特記事項</p>		
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】

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		<b>再検査</b>	
<b>診療情報提供書</b>			
精密検査実施医療機関 御中		年 月 日	
<b>みほん</b>		所在地 医療機関名 氏 名	
		印	
<b>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お願います。</b>			
ふりがな	性別	生年月日	
新生児氏名 <small>お名前が決まっていたら、ご記入ください。</small>	男・女	年 月 日生	
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所 <small>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。</small> 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 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要精密検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要精密検査)	判定	要精密検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
再検査結果で 要精密検査となった場合  <b>次回、印刷時に 追加してください。</b>	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 母子健康手帳に結果を貼付 <input type="checkbox"/> 検査結果の説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査が必要な場合は精密検査について説明 <input type="checkbox"/> 精密検査紹介先医療機関 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・(県外の場合の紹介先 )</p> <p><input type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院紹介の場合は、予約センターに紹介予約 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書を、大学予約センターにFAX <input type="checkbox"/> <b>受診予約日を保護者に連絡</b> <input type="checkbox"/> 診療情報提供書を保護者に交付</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>		
特記事項	<p>・在胎週数( )週 出生時体重( )g Apgarスコア 点(1分) 点(5分)</p> <p>・以下に該当があればチェック □ 該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高ビリルビン血症(交換輸血施行) <input type="checkbox"/> 子宮内感染(風疹など)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭頸部の奇形 <input type="checkbox"/> 人工換気療法(5日以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 先天聴覚障害の家族歴 <input type="checkbox"/> 耳毒性薬剤使用(妊娠中, 周産期)</p> <p><input type="checkbox"/> 臍帯血pH(実施していれば) ( ) <input type="checkbox"/> 先天異常症候群( )</p> <p>・その他特記事項</p>		
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)

- 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		<b>再検査</b>	
<b>新生児聴覚検査結果連絡票(FAX送信票)</b>			
〇〇市町村〇〇〇〇課 御中		年 月 日	
<b>みほん</b>		所在地 医療機関名 氏 名	
印			
<b>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。</b>			
ふりがな	性別	生年月日	
新生児氏名 <small>お名前が決まっていたら、ご記入ください。</small>	男・女	年 月 日生	
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所 <small>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。</small>	電話番号 ( )		
1回目検査	年 月 日	1回目検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要精密検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要精密検査)	判定	要精密検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
再検査結果で 要精密検査となった場合	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 母子健康手帳に結果を貼付</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果の説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査が必要な場合は精密検査について説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査紹介先医療機関 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・(県外の場合の紹介先 )</p> <p><input type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院紹介の場合は、予約センターに紹介予約</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を、大学予約センターにFAX</p> <p><input type="checkbox"/> <b>受診予約日を保護者に連絡</b></p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を保護者に交付</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>		
特記事項	<p>・在胎週数( )週 出生時体重( )g Apgarスコア 点(1分) 点(5分)</p> <p>・以下に該当があればチェック <input type="checkbox"/> 該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高ビリルビン血症(交換輸血施行) <input type="checkbox"/> 子宮内感染(風疹など)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭頸部の奇形 <input type="checkbox"/> 人工換気療法(5日以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 先天聴覚障害の家族歴 <input type="checkbox"/> 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期)</p> <p><input type="checkbox"/> 臍帯血pH(実施していれば) ( ) <input type="checkbox"/> 先天異常症候群( )</p> <p>・その他特記事項</p>		
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	その他 担当者名	連絡先電話 ( )	

次回、印刷時に追加してください。

(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)

【新生児聴覚検査受診票（1回目検査用）】

PASS 記入例

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		1回目								
<b>新生児聴覚検査受診票</b>										
委託医療機関長 様		年 月 日								
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">みほん</div>		〇〇市長								
下記 新生児の聴覚検査を依頼します。										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">負担者番号</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>				負担者番号						
負担者番号										
金		円								
ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇 ベビー	性別	生年月日							
新生児氏名	〇〇 〇〇 ベビー <small>お名前が決まっていたら、ご記入ください。</small>	男・女	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 〇〇〇〇 〇〇〇〇 <small>〇〇市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。</small>	電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
第1回 検査実施日	20 19 年 4 月 30 日	日 齢	2 日							
AABR検査結果	<input checked="" type="radio"/> 右 PASS(反応あり) <del>REFER(要再検査)</del> <input checked="" type="radio"/> 左 PASS(反応あり) <del>REFER(要再検査)</del>	判定	<input checked="" type="radio"/> 正常 (両耳PASS) <del>要再検査 (両耳 REFER)</del> <del>(右・左 REFER)</del>							
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。	<p>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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 再検査となった場合は、2日後以降に再検査を実施</p>									
特記事項	<p>・在胎週数( 40 )週 出生時体重( 3,120 )g</p> <p>・その他特記事項 なし</p>									
医師名	〇〇 〇〇	その他 担当者名	助産師 〇〇 〇〇							

すべて  
☑が入  
ります

(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)

【新生児聴覚検査受診票（1回目検査用）】

REFER 記入例

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		1回目	
<b>新生児聴覚検査受診票</b>		年 月 日	
委託医療機関長 様		〇〇市長	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 24px; color: red;">みほん</div>			
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	月日
新生児氏名	〇〇 〇〇 ベビー <small>お名前が決まっていたら、ご記入ください。</small>	男・女	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 〇〇〇〇 〇〇〇〇	電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
第1回 検査実施日	2019 年 4 月 30 日	日 齢	2 日
AABR検査結果	<del>右 PASS(反応あり)</del> <b>REFER(要再検査)</b> <del>左 PASS(反応あり)</del> <b>REFER(要再検査)</b>	判定	<del>正常</del> (両耳PASS) <b>要再検査</b> (両耳 REFER) (右・左 REFER)
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✓を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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( 37 )週 出生時体重( 2,600 )g ・その他特記事項 なし		
医師名	〇〇 〇〇	その他 担当者名	助産師 〇〇 〇〇

すべて  
が入  
 ります

(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)

【新生児聴覚検査受診票（再検査用）】

最終両側 REFER 記入例

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	
<b>新生児聴覚検査受診票</b>		年 月 日	
委託医療機関長 様		〇〇市町村長	
<b>みほん</b>			
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	生年月日
新生児氏名	〇〇 〇〇ベビー	男・女	2019年 4月 28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)	〇〇 〇〇	電話番号	
住 所	〇〇市 〇〇〇〇 〇〇〇〇	090 ( 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 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)
再検査実施日	2019 年 5月 2 日	年齢	4 日
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要精密検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要精密検査)	判定	正常 (両耳PASS) 要精密検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
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。 <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳に結果を貼付 <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果の説明 <input checked="" type="checkbox"/> 精密検査が必要な場合は精密検査について説明 <input checked="" type="checkbox"/> 精密検査紹介先医療機関 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・(県外の場合の紹介先 <input checked="" type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院紹介の場合は、予約センターに紹介予約 <input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書を、大学予約センターにFAX <input checked="" type="checkbox"/> 受診予約日を保護者に連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書を保護者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
次回、印刷時に 追加してください。	すべて ☑が入 ります		
特記事項	・在胎週数( 37 )週 出生時体重( 2,600 )g Apgarスコア 8 点(1分) 10 点(5分) ・以下に該当があればチェック □ 該当なし <input type="checkbox"/> 高ビリルビン血症(交換輸血施行) <input type="checkbox"/> 子宮内感染(風疹など) <input type="checkbox"/> 頭頸部の奇形 <input type="checkbox"/> 人工換気療法(5日以上) <input type="checkbox"/> 先天聴覚障害の家族歴 <input type="checkbox"/> 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期) <input type="checkbox"/> 臍帯血pH(実施していれば)( ) <input type="checkbox"/> 先天異常症候群( ) ・その他特記事項 なし		
使用機種	ネイタ(ス)アルゴ(バージョン 3i ) 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)xxxxx

すべて  
☑が入  
ります

該当があ  
ればチェ  
ックを  
願います。  
該当する  
ものがな  
ければ  
「なし」と  
書いて  
ください。

(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、再検査で使用するものです。

(医療機関保存用)

- 「・以下に該当があればチェック」「・その他特記事項」は、該当するものがなければ「なし」と書いてください。(精密検査機関への診療情報提供書で、記入もれと区別するためです。)
- 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、この用紙に書かれている内容を住所地の市町村へ連絡ください。

## 【検査の説明書 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

## —保護者の方へ—

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言われています。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ぼ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、高知県内のお産を取り扱う医療機関で実施します。

生まれたとき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すすめします。

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 (PASS)」あるいは「リファー (REFER: 要再検)」のいずれかで、お産の入院中にわかります。

1回目に「要再検 (REFER)」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。

**検査を受ける必要が  
あるのですか？**

生まれたとき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のです。

**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にも、成長の過程で中耳炎やおたふく風邪など、いろいろな原因で、あとからきこえが悪くなる場合もあります。耳のきこえに問題がある、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起こっています。

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、今後ともお子さんのきこえの発達を確認してください。このことは耳の聞こえだけでなく、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」（かかっている産科医療機関でお渡しします。）をお読みくださり、ご署名の上、お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を生ずることはありません。

## 【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（生まれたとき）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、1000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（AABR）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PASS（パス）、通過しない場合をREFER（リファー）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。
- ・1回目の検査でREFER（リファー）になる場合がありますが、耳の中（中耳というところ）に羊水がたまっておこる場合が多いので、日をあけて再検査を行います。1回目の検査結果がREFER（リファー）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）でも、耳の聞こえに異常がないことを100%保障するものではありません。成長に従ってきこえの状態を確認し、乳幼児健診をしっかり受けましょう。

#### 3. 精密検査について

- ・再検査をしてもREFER（リファー）になった場合は、自動聴性脳幹反応検査（AABR）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）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、高知大学に紹介し、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、高知大学から高知県立療育福祉センターに紹介され、ひきつづ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、高知大学または高知県立療育福祉センターへの通院（通所）をひきつづきお願いすることとなります。
- ・県外での精密検査を希望される場合は、新生児聴覚検査を実施した医療機関から、日本耳鼻咽喉科学会が指定する精密検査実施医療機関を紹介します。
- ・市町村は、赤ちゃんの生まれた家庭に訪問を行っていますので、精密検査の対象となったお子さんの家庭に、訪問や相談などの支援を実施します。

#### 4. 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。
- ・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ます。
- ・「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。「新生児聴覚検査費請求書兼結果報告書」は市町村に保管されます。
- ・精密検査の対象となった場合、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医療機関から、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または高知県立療育福祉センターに受診された場合に、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、高知大学また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。
- ・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）を受けているときは、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。

#### 5. 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、「4. 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。

#### 6. 診療費用の負担について

- ・市町村では、「検査」「再検査」に係る費用を負担します。
- ・精密検査に係る費用は健康保険、乳幼児医療費助成を利用できます。

市町村長 様  
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1～6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：

## 【正常判定の場合の説明用紙 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。

「PASS」（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、成長にしたがってできたことに、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言葉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などに、ご相談ください。

check !

4か月ごろ	<input type="checkbox"/>	名を呼ぶとゆっくりではあるが顔を向ける
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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）
	<input type="checkbox"/>	声をかけるとサッと振り向く
	<input type="checkbox"/>	テレビやラジオの音に敏感に振り向く
7か月ごろ	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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）
	<input type="checkbox"/>	「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	<input type="checkbox"/>	「ママ」、「マンマ」または「ネンネ」など、人のことばをまねている
11か月ごろ	<input type="checkbox"/>	音楽のリズムにあわせて身体を動かす
	<input type="checkbox"/>	「……チョウダイ」というと、そのものを手渡す
	<input type="checkbox"/>	「……どこ？」と聞くと、そちらを見る
12～15か月ごろ	<input type="checkbox"/>	簡単なことばによるいいつけや、要求に応じて行動する
	<input type="checkbox"/>	目、耳、口、その他の身体部位をたずねると、指をさす

乳児のきこえの発達  
チェック項目

※ 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。

## 【要精密検査判定の場合の精密検査受診のお願い文書 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）

### 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REFER（リファー））、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うけることによって、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。

高知県においては、高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科が精密検査を行う施設となっています。大学病院は医療機関からの紹介予約制ですので、「新生児聴覚検査」を受けた医療機関から紹介予約と受診予定日の連絡をいたします。

※ 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言葉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、ドアを閉める音とか、ガラガラや太鼓の音などの「普通の大さの音」は聞こえるが、小さな声でお話するとき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ききとれない）程度の大さの音です。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。お子さんのすこ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。

## 《AABR 検査にあたっての説明と同意》

◆おおむね以下の内容を、文書を用いて、親（妊産婦）に説明し、同意をいただきます。

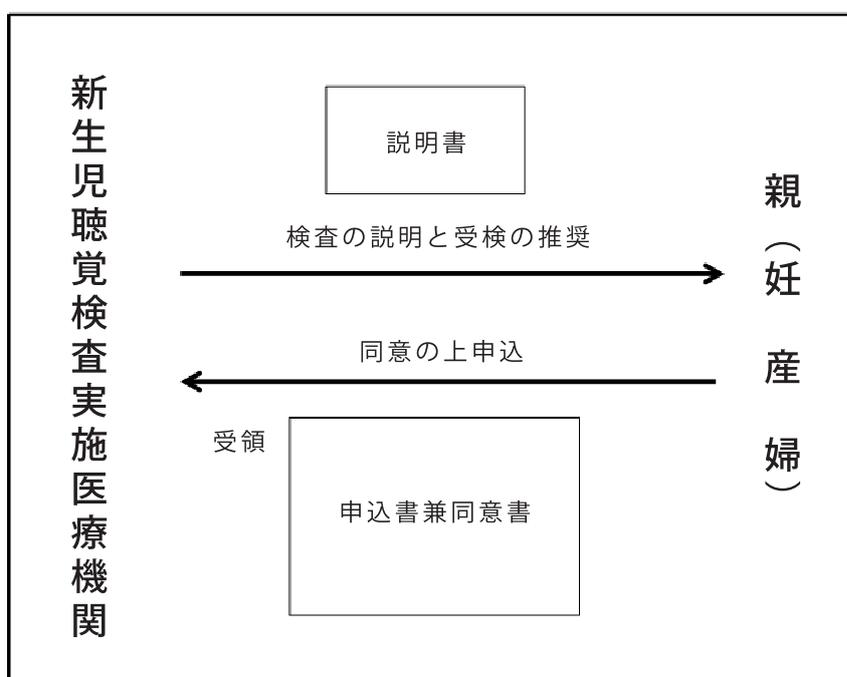
- ・ 新生児期からあるきこえの問題（難聴）を発見するために行われる。児にとって大変重要と考えられる検査である。
- ・ 新生児期から難聴がある頻度は、1,000 人に 1～2 人とされている。
- ・ 新生児期から難聴がある場合は、できるだけ早く療育を開始する必要がある。
- ・ この検査は確定診断を行うものではなく、精密検査の必要性を判断するために行われる。
- ・ 検査は AABR で実施され、検査結果は「PASS: パス (反応あり)」あるいは「REFER: リファア: 要再検 (反応なし)」で示される。
- ・ 検査は哺乳直後などの熟睡時に行い、数分程度で終了する。
- ・ 1 回目の検査が REFER であれば、再検査を実施する。
- ・ 精密検査が必要となる場合があり、その場合は紹介する医療機関で検査を受ける必要がある。
- ・ 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。
- ・ 精密検査は県内では高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科で実施している。
- ・ 分娩した医療機関から保護者に精密検査受診予約日時の連絡がくる。
- ・ 市町村では新生児訪問やこんにちは赤ちゃん訪問があり、市町村から訪問や相談の支援が受けられる。市町村から訪問や相談などの支援を実施するため、要精密となった場合は、当院から住所地の市町村に連絡を取る。
- ・ 要精密検査となった児の聴覚の最終的な結果を確認するために、高知大学から高知県立療育福祉センターに紹介されて診療（療育）を受けているときは、相互に情報照会されることがある。
- ・ 個人情報確実に保護される。
- ・ 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る。
- ・ 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ない。
- ・ 検査、再検査に係る費用は全額市町村負担である。
- ・ 検査結果は、訪問や相談などの支援を実施するため、市町村及び県に連絡される。
- ・ 精密検査の結果を、市町村または県から問い合わせることがある。
- ・ 紹介受診ではなく新生児聴覚検査の情報がない場合や、新生児聴覚検査はパス（異常なし）であったが、もし、後日きこえの精密検査が必要となったような場合に、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、高知大学医学部附属病院及び高知県立療育福祉センターから市町村に情報の照会を行う場合がある。

◆具体的には、市町村が提供する新生児聴覚検査に関する説明書や市町村が提供する申込書兼同意書を用います。

## 【具体的な方法】

- ・市町村が提供する新生児聴覚検査に関する説明書を読んでいただき、検査の説明をします。重要な検査なので、できるだけ受検を推奨してください。
- ・市町村が提供する申込書兼同意書を読んでいただき、同意をいただいて申込みを受けます。
- ・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（※）。熟読の上、同意をいただくようにしてください。  
(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いてもよいかと思えます。)
- ・市町村発行の新生児聴覚検査受診票一式（妊産婦さんが持っています）と、申込書兼同意書を受領しますと、公費が適用になります。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ていただく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が、医療機関から市町村へ照会できることが同意内容に含まれています。



## 《結果の解釈》

- ・ AABR 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。

### AABR検査所見と判定

1回目	右耳	PASS	→ 終了						
	左耳	PASS							
結果の解釈		検査終了 (正常)							
1回目	右耳	PASS	→	2回目	右耳	PASS	PASS		
	左耳	REFER			左耳	PASS	REFER		
結果の解釈		両耳 再検査	結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査			
1回目	右耳	PASS	→	2回目	右耳	PASS	REFER	REFERが反対側に入れ替わる 場合もあります	
	左耳	REFER			左耳	PASS	PASS		
結果の解釈		両耳とも 再検査	結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査			
1回目	右耳	REFER	→	2回目	右耳	PASS	REFER	REFERが反対側に入れ替わる 場合もあります	
	左耳	PASS			左耳	PASS	PASS		
結果の解釈		両耳とも 再検査	結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査			
1回目	右耳	REFER	→	2回目	右耳	PASS	PASS	REFERが反対側に入れ替わる 場合もあります	
	左耳	PASS			左耳	PASS	REFER		
結果の解釈		両耳とも 再検査	結果の解釈		検査終了 (正常)	要精密検査			
1回目	右耳	REFER	→	2回目	右耳	PASS	PASS	REFER	REFER
	左耳	REFER			左耳	PASS	REFER	PASS	REFER
結果の解釈		両耳とも 再検査	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	

## 《AABRの2回法 - 1回目がREFERの場合-》

- ・検査が「REFER：リファアー：要再検（反応なし）」となるのは、実際には偽陽性である場合が多いです。
- ・胎脂が外耳道にたまっていたり、羊水が中耳にたまっている場合が多いとされ、また、得られた反応波をコンピュータで自動解析するため、測定技量（電極の当て方、ヘッドフォンの当て方など）やコンピュータプログラム（得られた反応波の解析プログラム）の問題による場合もあります。
- ・AABRで検査した場合、陽性率は2%前後とされますが、2回法を採用することによって、陽性率は0.5%程度に減少します。
- ・1回目でいずれかの耳がREFERの場合は、日を置いて（2日後以降であればよいが、退院直前か退院前日がい）2回目の検査を行います。

### **再検査はできるだけ退院日またはその前日に行ってください**

- ・1回目の検査が「REFER：リファアー：要再検（反応なし）」の場合、「（たとえば）1回目の検査がREFERの場合は、2回検査をすることになっているので、2日後に再検査をします」と告げ、「難聴がある（かもしれない）」などと告げないようにしてください。
- ・親が不安を訴えられる場合は、「耳の中（中耳腔）に滲出物（羊水）がたまっている可能性があるので、日を置いてもう一度検査をする」など、説明を行ってください。
- ・1回だけ検査して、即座に「難聴の疑いがあるから精密検査へ行ってください」という対応は、絶対にしないでください。
- ・再検査に関する説明は同意内容に含まれているので、再検査時に申込書兼同意書を新たにいただく必要はありません。

1回目の検査が「**REFER**：リファアー：要再検（反応なし）」の場合、「（たとえば）1回目の検査が**REFER**の場合は、2回検査をすることになっているので、2日後に再検査をします」と告げ、「難聴がある（かもしれない）」などと告げてないようにしてください。親が不安を訴えられる場合は、「耳の中（中耳腔）に滲出物（羊水）がたまっている可能性があるので、日を置いてもう一度検査をする」など、説明を行ってください。

1回だけ検査して、即座に「難聴の疑いがあるから精密検査へ行ってください」という対応は、絶対にしないでください。

# 《検査の判定と事後フロー》

【1回目あるいは2回法で、最終的に両方の耳とも PASS となった場合】

「正常判定の説明」38 ページ参照

1. 結果を説明する  
(市町村が提供する説明用紙を使用)
2. 検査結果を母子健康手帳に貼付する (45 ページ参照)  
(手帳に印刷されている欄に記入する場合は、すべての情報を書く)

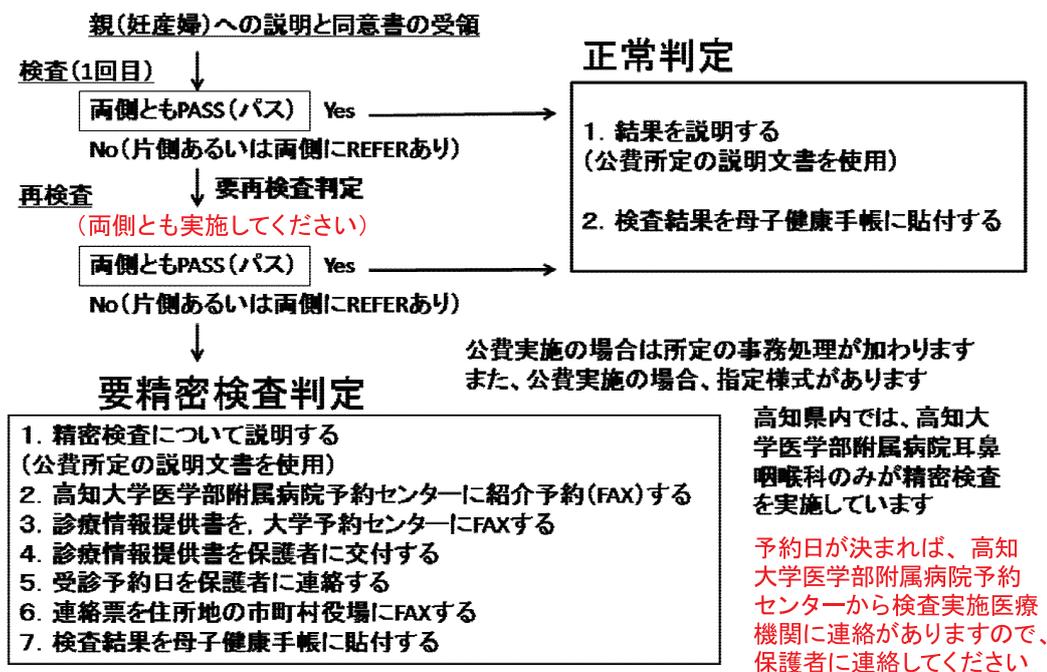
【要精密検査の場合】(医療機関から高知大学医学部附属病院へ紹介予約が必要)

「要精密検査の説明」39 ページを参照

1. 精密検査について説明する  
(市町村が提供する精密検査受診のお願い文書を使用)
2. 高知大学医学部附属病院予約センターに紹介予約 (FAX) する
3. 診療情報提供書を、高知大学医学部附属病院予約センターに FAX する
4. 診療情報提供書を保護者に交付する
5. 受診予約日を保護者に連絡
6. 連絡票を住所地の市町村役場に FAX する
7. 検査結果を母子健康手帳に貼付する (45 ページ参照)  
(手帳に印刷されている欄に記入する場合は、すべての情報を書く)

【親が精密検査受診をためらった場合】62 ページ参照

## 新生児聴覚検査の判定と事後フロー



※ 高知大学医学部附属病院へ紹介する場合

## (正常判定の説明)

1. 結果を説明する
2. 検査結果を母子健康手帳に貼付する

- ・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4割は生後に発生してきます(サイトメガロウイルス感染による難聴、遺伝性難聴、髄膜炎後の難聴、ムンプスなど後天性ウイルス難聴など)。
- ・このため、発達に従ってきこえをチェックし、また、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。
- ・母子健康手帳に結果を貼ります。

保護者へ渡す検査結果票(例)

新生児聴覚スクリーニング検査結果票

実施日 平成 年 月 日 (第1回目)  
平成 年 月 日 (第2回目)

母の名前  
生年月日 平成 年 月 日  
日齢 日 性別 男・女

第1回目検査  
測定方法 ABR (自動ABR)  
右 パス (異常なし)・リファー (要第2回目検査)  
左 パス (異常なし)・リファー (要第2回目検査)

第2回目検査 ABR (自動ABR)  
右 パス (異常なし)・リファー (要精密検査)  
左 パス (異常なし)・リファー (要精密検査)

実施医療機関名 \_\_\_\_\_

※ 精密検査が必要な場合は、検査を受けた科から、高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科へ紹介予約をいたします。

母子健康手帳に貼付してください

- ・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、検査器械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、上記内容のすべて(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・リファー)、左結果(パス・リファー)、2回目測定方法、右結果(パス・リファー)、左結果(パス・リファー)、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

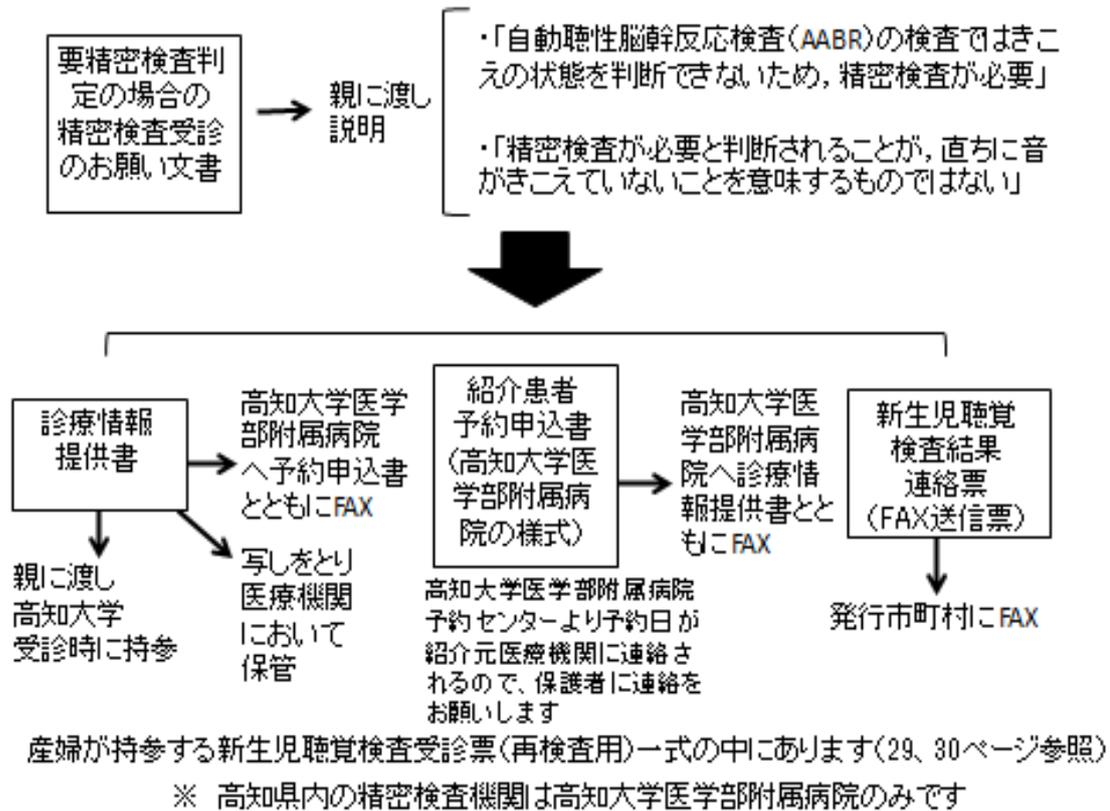
- ・市町村発行の新生児聴覚検査受診票一式の中にある新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書に必要事項をすべて記載し、決められた締切日までに高知県国民健康保険団体連合会（高知県国保連合会）に送付します。
- ・再検査の結果、正常判定の場合は、新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書（1回目）と（再検査用）の両方を送付します。

2016年の日本耳鼻咽喉科学会福祉医療・乳幼児全国会議で報告された、「1歳児、2歳児の精密聴力検査機関実態調査報告」（回収率100%）のデータからは、精密検査の目的で初診した児で、「新生児聴覚検査を受けたが結果がわからない」という例が、1歳児で5%、2歳児で2%あり、さらに「新生児聴覚検査を受けたかどうかわからない」という例が、1歳児で25%、2歳児で27%ありました。

全国的には、結果の説明が不十分な場合や、母子健康手帳が十分に活用されていない状況があることが判明しています。

# (要精密検査の説明)

## 概要



### 要注意点!

高知大学医学部附属病院予約センターより精密検査の受診予約日が紹介元医療機関に連絡されるので、**保護者に連絡**をお願いします。

(※平成31年1月より、高知大学医学部附属病院予約センターから保護者への直接の連絡はなくなりました。)

- ・要精密検査の場合は、以下の説明と手続きを行います。

## 1. 精密検査について説明する

- ・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（必ず看護師または助産師が同席すること）。

- × 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（できるだけ避ける）
- × 伝えるとき母親だけを外すこと

保護者家族がお迎えに来ていることが多く、円滑に紹介などの手続きができる退院日に説明することが好ましく、このため再検査をする日としては退院日かその前日がいいと思います。

- ・市町村が提供する精密検査受診のお願い文書を用いて説明を行います。
- ・精密検査が必要な理由は、AABR では判断がつかないからです（これまでの知見では、精密検査の結果、最終的に両側あるいは片方の耳に軽度以上の難聴が存在するのは、要精密児の4割程度です）。
- ・「自動聴性脳幹反応検査（AABR）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」「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」という説明をします。
- ・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、乳幼児難聴を診療とする耳鼻科医において行います。

2. 高知大学医学部附属病院予約センターに紹介予約（FAX）する
3. 診療情報提供書を、高知大学医学部附属病院予約センターにFAXする
4. 受診予約日を保護者に連絡
5. 診療情報提供書を保護者に交付する

- ・精密検査が実施できる機関は、高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科になります。
- ・高知大学医学部附属病院は、特定機能病院であり、受診には、医療機関からの紹介予約が必要となります。
- ・高知大学医学部附属病院の予約センターに「紹介患者予約申込書」をFAXし、かつ、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「診療情報提供書」を作成しFAXします。

※里帰り出産等により私費（自己負担）する場合は、公費の「診療情報提供書」に相当する内容をすべて含んで、任意様式で「診療情報提供書」を作成します（例：56 ページ参照）。

- ・「診療情報提供書」は保護者に渡し、複写をとり保管します。
- ・予約日が決まれば、高知大学医学部附属病院予約センターから紹介元医療機関へ連絡があります。**必ず紹介元医療機関から保護者への予約日時の連絡を行ってください（平成31年1月より変更）。**
- ・大学病院受診の際は、紹介状、保険証、乳幼児医療券及び母子健康手帳を持参するように伝えてください（大至急、新生児の健康保険、乳幼児医療費助成の手続きをするように伝えてください）。
- ・もし県外へ紹介する場合は下記のホームページから機関を選んでください。

【日本耳鼻咽喉科学会 新生児聴覚スクリーニング後の精密聴力検査機関リスト】

<http://www.jibika.or.jp/citizens/nanchou.html>

## 初診予約ご利用のながれ(FAX)

医療機関（病院・診療所）の医師



FAXによるお申込み



高知大学医学部附属病院（予約センター）

FAX 088-880-2774



受診日時予約



来院（病院事務窓口にて受付）



外来診療

- ご希望の診察日に変更が生じる場合はご連絡いたします

利用のための詳しい内容は予約センターにお問合せください。

TEL 088-880-2773

高知大学医学部附属病院のホームページより

\* 保護者への連絡は紹介元医療機関から行ってください



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。

高知大学医学部附属病院のホームページより

作成日: R1.5

## 紹介患者 F A X 予約申込書

送信日 令和 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 未 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 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。		A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
<input type="checkbox"/> MRI検査: 部位 ( )		酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> RI検査: 種類 ( ) 対象病名 ( )		持続点滴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
症状・病名		(備考)	
備考		診療情報提供書について	<input type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します ※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

### 患者基本情報

※生年月日等お間違えないようにお願い致します。

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	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (診察券番号【7桁】: )		<input type="checkbox"/> 不明 )

### ※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。



(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

## 《大学への予約申込書 記入例》



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。

作成日：R1.5

送信日 令和 ● 年 ● 月 ● 日

医療機関名	〇〇産科婦人科
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	産科婦人科
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 外来担当医師	受診希望日	第1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	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 診察 <input checked="" type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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。		A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
<input type="checkbox"/> MRI検査：部位 ( )		酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> RI検査：種類 ( 対象病名 )		持続点滴	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
症状・病名	新生児聴覚検査でREFERあり	患者状況	(備考)
備考	持参資料：検査データ	診療情報提供書について	<input checked="" type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します ※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

月・水・金の午前中です

「難聴疑い」と書かないようにお願いします

診療情報提供書は持参にします

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	Ⓜ 大・昭 Ⓜ 令 女	31年4月2日生(0歳)
現住所	( 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇郡〇〇村〇〇...		
電話番号	☎ 自宅 ( ) - 呼出 ( 様方 ) 携帯 (〇〇〇)〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
当院受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (診察券番号【7桁】 : )	<input type="checkbox"/> 不明 )	

「4枚綴り(再検査用) 3. 診療情報提供書」をFAXしてください

- ※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。



(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-ms.ac.jp/~chiki/khs/syoshin.html>

## 6. 連絡票を住所地の市町村役場にFAXする

- ・母親は、例外なく大きなショックを受けているため、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、速やかに家庭訪問などを行って、支援を行い、また、確実に精密検査に受診していただくことが大切です。
- ・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、市町村に到着するのは翌々月となり、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役場にFAXします。（連絡先電話、担当者を忘れず記入してください）。
- ・FAXを受け取ったら市町村役場から貴院へ連絡があります（翌日以降になる場合もあります）。氏名、連絡先等を伝えてください。

## 7. 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。

保護者へ渡す検査結果票(例)

新生児聴覚スクリーニング検査結果票

実施日 平成 年 月 日 (第1回目)  
平成 年 月 日 (第2回目)

母の名前  
生年月日 平成 年 月 日  
日齢 日 性別 男・女

第1回目検査  
測定方法 ABR (自動ABR)  
右 パス (異常なし)・リファア (要第2回目検査)  
左 パス (異常なし)・リファア (要第2回目検査)

第2回目検査 ABR (自動ABR)  
右 パス (異常なし)・リファア (要精密検査)  
左 パス (異常なし)・リファア (要精密検査)

実施医療機関名 \_\_\_\_\_

※ 精密検査が必要な場合は、検査を受けた産科から、高知大学医学部附属周産期耳鼻咽喉科へ紹介予約をいたします。

母子健康手帳に貼付してください

- ・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、検査器械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、上記内容のすべて（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。

※今後、このお子さんと、お子さんにかかわる専門職にとって、この記載は極めて重要な資料になります。

## 8. 市町村への検査結果報告と費用請求

- ・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。

### 補足（お願い）

市町村保健師からは、まず親に連絡を取りますが、精密検査の予約日や、予約日に来院したかどうか（診療情報提供書の情報、あるいは未受診の情報）について、検査実施医療機関（紹介元）に再度連絡させていただく場合があります。

市町村保健師への情報提供についてご協力をお願いいたします。

# 《公費負担関係処理のまとめ》

## ◆公費負担関係の書類

市町村から医療機関へ提供されるもの

検査の説明書	申込書兼同意書
--------	---------

正常判定の場合の説明用紙

要精密検査判定の場合の精密検査受診の  
お願い文書

妊産婦が持参するもの※

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)
--------------------	-----------------------------

2枚綴り

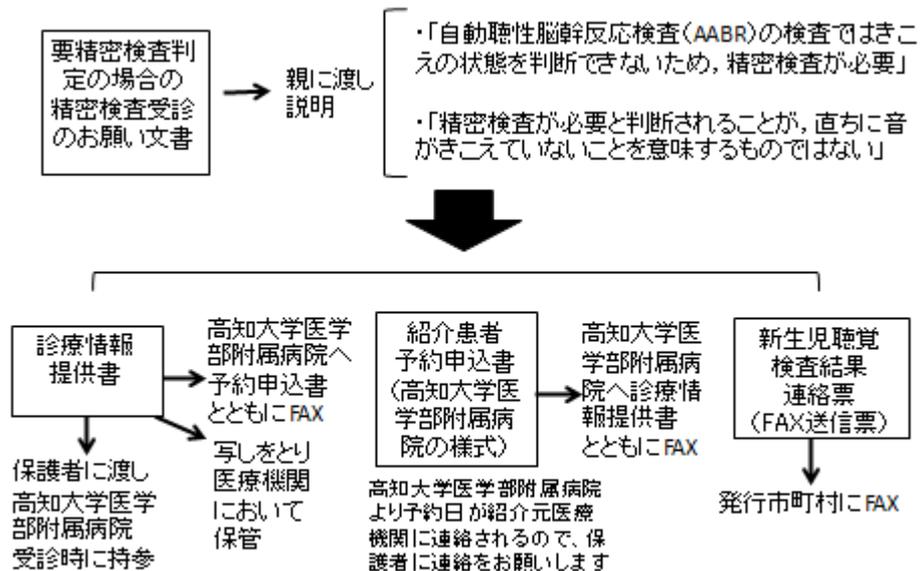
1. 新生児聴覚検査受診票(再検査用)	2. 新生児聴覚検査費請求書兼検査結果報告書(再検査用)
---------------------	------------------------------

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)
------------	-------------------------

4枚綴り

3. 4は要精密検査判定の場合使用

## ◆公費負担関係の処理



産婦が持参する新生児聴覚検査受診票(再検査用)一式の中にあります(29、30ページ参照)

※ 高知県内の精密検査機関は高知大学医学部附属病院です

高知大学医学部附属病院予約センターより受診予約日が紹介元医療機関に連絡されるので、**保護者に連絡**をお願いします(平成31年1月より、保護者への直接の連絡はなくなりました)。

【私費の場合の診療情報提供書の例】

年 月 日

高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科  
担当医 様

医療機関名  
所在地 〒  
電話  
医師名

診療情報提供書（新生児聴覚検査）

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お願ひ申し上げます。

ふりがな	性別	生年月日	
新生児氏名 お名前が決まっていたら、ご記入ください。	男・女	年 月 日	日生
保護者氏名 (母の氏名)			
住 所	電話番号 ( )		
1回目検査	年 月 日	1回目検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要再検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要再検査)
再検査実施日	年 月 日	日 齢	日
AABR検査結果	右 PASS(反応あり) REFER(要精密検査) 左 PASS(反応あり) REFER(要精密検査)	判定	要精密検査 (両耳 REFER) (右・左 REFER)
再検査結果で 要精密検査となった場合	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 母子健康手帳に結果を貼付</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果の説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査が必要な場合は精密検査について説明</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査紹介先医療機関 高知大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・(県外の場合の紹介先 )</p> <p><input type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院紹介の場合は、予約センターに紹介予約</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を、大学予約センターにFAX</p> <p><input type="checkbox"/> <b>受診予約日を保護者に連絡</b></p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書を保護者に交付</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>		
特記事項	<p>・在胎週数( )週 出生時体重( )g Apgarスコア 点(1分) 点(5分)</p> <p>・以下に該当がありますか あり(該当項目に☑)・なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高ビリルビン血症(交換輸血施行) <input type="checkbox"/> 子宮内感染(風疹など)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭頸部の奇形 <input type="checkbox"/> 人工換気療法(5日以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 先天聴覚障害の家族歴 <input type="checkbox"/> 耳毒性薬剤使用(妊娠中、周産期)</p> <p><input type="checkbox"/> 臍帯血pH(実施していれば) ( ) <input type="checkbox"/> 先天異常症候群( )</p> <p>・その他特記事項</p>		
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ペラフォン MB11クラシック その他( )		
医師名	その他 担当者名	連絡先電話 ( )	

次回、印刷時に追加してください。