

未使用の受診票を以下のように撮影し、添付してください。

例)

様式第1号 請求用 新生児 生後50日 聴覚検査 以内に使用 この枠内に書き込みをしないで下さい。

No. 244151

医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査受診票 (一部公費負担)

母の氏名 〇花子 住所 〇市 〇区 〇町 〇丁目 〇番 〇号

母の生年月日 〇年 〇月 〇日 児の生年月日 〇年 〇月 〇日

出生順位 (多胎児の場合) 〇番 児の性別 〇男 〇女

検査項目 検査年月日 検査結果

初回検査 〇年 〇月 〇日 右 ☐パス ☐リファア 左 ☐パス ☐リファア

リファアの再検査の結果 〇年 〇月 〇日 右 ☐A ☐B ☐C ☐D ☐E ☐F ☐G ☐H ☐I ☐J ☐K ☐L ☐M ☐N ☐O ☐P ☐Q ☐R ☐S ☐T ☐U ☐V ☐W ☐X ☐Y ☐Z

特記事項

◇医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査請求書

公費負担額 〇〇〇〇円 和暦 〇年 〇月 〇日

上記の通り請求します。

医療機関名 〇〇〇〇〇〇

所在地 〇〇〇〇〇〇

医師氏名 〇〇〇〇〇〇

3枚複写の1枚目 (赤字のもの) の受診票に、大きくマジック等にてバツ印を書いたものを撮影し添付してください。