

新生児聴覚検査受診結果記入書

※確認のため、医療機関に問い合わせをさせていただくことがあります。
 また、審査の結果、助成対象外となることもありますのでご注意ください。

申請者の氏名		新生児の氏名	
検 査 日	年 月 日	負 担 額	円

交付決定額 (職員記載欄)	円
------------------	---

<受診結果>
 ※該当する結果に○をつけてください。

右耳	左耳
パス ・ リファー	パス ・ リファー