【第２版　R8.11 月改訂】

産科医療機関名：　　（説明日　　）

情報共有に関する同意書兼精密検査結果報告書

（保護者→精密検査実施医療機関）

同意書

新生児聴覚検査に係る精密検査及び先天性サイトメガロウイルス感染症検査の検査結果を、県、関係市町村、関係産科医療機関へ情報共有することに同意します。

（個別に同意しない項目がある場合は、以下にチェックをお願いします。
□新生児聴覚検査に係る精密検査　□先天性サイトメガロウイルス感染症検査）

ふりがな
保護者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿（里帰り先）＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
お子様氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　生年月日：西暦　　年　　月　　日

※先天性サイトメガロウイルス感染症の検査について（受検済み　・　未受検）

産科医療機関にて先天性サイトメガロウイルス感染症の検査結果を保護者へ渡し、
精密検査実施医療機関の受診の際に持参するよう説明をお願いします。

（精密検査実施医療機関→県→市町村・関係産科医療機関）

精密検査結果報告書

医療機関名：鹿児島大学病院・鹿児島市立病院・（　　）

担当医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

＜検査結果＞

※確定診断までに時間を要する場合は、少なくとも受診日から６か月以内に御提出ください。

精密検査実施日	西暦　　年　　月　　日
検査結果	□両側異常なし □新スクリファー側の片耳難聴（ 左 ・ 右 ） □新スクリファーとは反対側の片耳難聴（ 左 ・ 右 ） □両側難聴 □まだ評価できない（　　）
今後の治療 ・治療方針	□通院　　□補聴　　□終診 □療育（施設：乳幼児教育相談（聴覚相談センター）・その他（　　）） □その他（　　）
支援にあたって 特記事項	（保護者が不安に思っていること等）
先天性サイト メガロウイルス 感染症検査結果	陽性　・　陰性 ※記入においては、上記同意があるかご留意ください。