

大阪市新生児聴覚検査・乳児一般健康診査実施証明書

(あて先) 大阪市長

(実施機関)

住 所
名 称
代表者名
電話番号

次の者について、次のとおり新生児聴覚検査・乳児一般健康診査を実施したことを証明します

1 申請者(申請者記入)

申請者氏名 (保護者)		乳児 との 続柄		電話 番号	
住 所 ※	〒 大阪市 区 (電話番号)				
フリガナ		生年月日	年 月 日		
対象の乳児氏 名	男 ・ 女		在胎週数 () 週		
対象の乳児の 住所 (申請者と 異なる場合 に記載※)	〒 大阪市 区				
フリガナ		生年月日	年 月 日		
母親の氏名					

※ 受診日時点の住所をご記載ください

2 新生児聴覚検査の受検年月日、検査内容及び領収金額(医療機関等記入)

受検年月日	検査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	☐ 自動ABR検査(自動聴性脳幹反応検査) ☐ OAE検査(耳音響放射射検査) ※どちらか1つの検査項目にのみチェックください。	

3 乳児一般健康診査の受診年月日及び領収金額(医療機関等記入)

受診年月日	診査結果	領収金額 (保険診療分を除く)
☐ 前期 ☐ 後期 年 月 日	☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ 要医療 ☐ 既医療	

(備考)

- ・ 受検・受診年月日、領収金額を記入のうえ、検査した項目・診査結果にチェックください。
- ・ 本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。