

かなりや学園 聴覚検診申し込み(真庭市)

No.

(実施日) 令和 8 年 6 月 17 日(水)

* 太枠欄をご記入ください。

フリガナ		男	生年	年	月	日生
氏名		女	月日	(満	歳	か月)
保護者氏名		園名				
住所	岡山県真庭市	電話番号				

次の項目で該当するものに○をつけてください

- ・現在耳鼻科に通院している
- ・よくいびきをかく
- ・鼻水が多い
- ・よくのどを痛がり高い熱がでる
- ・鼻づまりがある

新生児聴覚スクリーニングを受けましたか

はい ・ いいえ

病院名:

結果はどうでしたか

右: 正常 ・ 疑い

左: 正常 ・ 疑い

特別ご心配なことがあれば書いてください

ことばの相談を(希望します・希望しません)

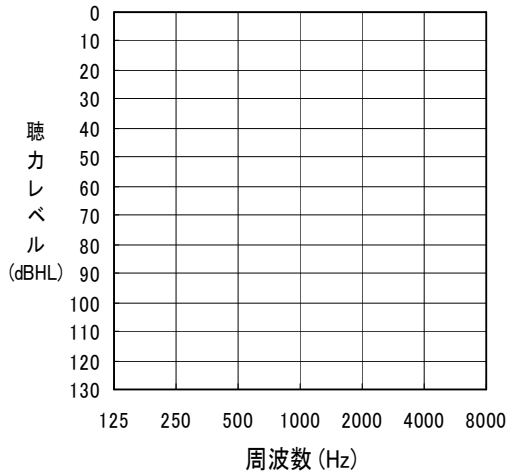
※受付時間の変更希望がある方のみ数字を記入して下さい。

() → () へ変更を希望します。

【聴力検査結果】

Standard, play, peepshow, COR, BOA

検査者



スクリーニング

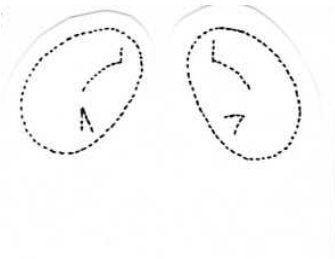
	0.5	1	4
R	35dB	30dB	25dB
L	35dB	30dB	25dB

DPOAE

R	pass	refer	-
L	pass	refer	-

【耳鼻科視診】

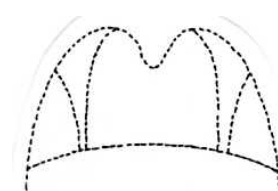
〈耳〉



〈鼻〉



〈のど〉



【処置】