

# かなりや学園 聴覚検診申し込み(真庭市)

No.

(実施日) 令和 7 年 6 月 25 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うけましたか      はい ・ いいえ      病院名:

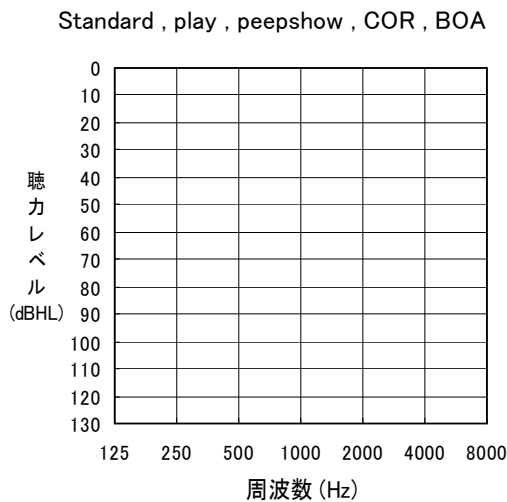
結果はどうでしたか      右: 正常 ・ 疑い      左: 正常 ・ 疑い

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】



検査者

### スクリーニング

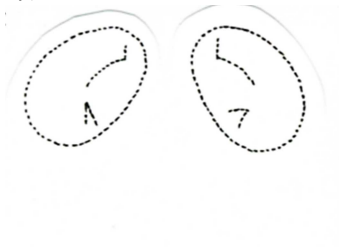
|   | 0.5  | 1    | 4    |
|---|------|------|------|
| R | 35dB | 30dB | 25dB |
| L | 35dB | 30dB | 25dB |

### DPOAE

|   |      |       |   |
|---|------|-------|---|
| R | pass | refer | - |
| L | pass | refer | - |

## 【耳鼻科視診】

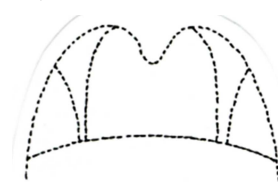
〈耳〉



〈鼻〉



〈のど〉



## 【処置】