

調査票2：精密検査実施機関

記入月日	H	年	月	日
施設名				
調査票記入者氏名				
電話番号	()	-		
FAX番号	()	-		

1 貴施設において、平成21年中（1月～12月）に新生児聴覚スクリーニング後の精密検査として受診した乳児の実数をお聞きします。

精密検査	精密検査受診児の受診動機（再掲）		
	産科医療機関等からの紹介	保護者の判断で受診	その他
人	人	人	人

2 1の産科医療機関等からの紹介で受診した乳児の内、紹介状を持参したケースについて紹介状の発行機関及び人数をお聞きします。

紹介状の発行機関	紹介状を持参した乳児の実数	紹介状の発行機関	紹介状を持参した乳児の実数
	人		人

3 精密検査受診児の聴覚スクリーニング機種、結果についてお聞きします。

スクリーニング検査機種			REFER側		
OAE	AABR	不明	1側	両側	不明
人	人	人	人	人	人

4 1の精密検査受診児の検査結果及び療育が必要と診断した児の措置についてお聞きします。

精密検査受診児数	結 果					療育が必要な児について		
	正常範囲 (療育の必要なし)	両側難聴	1側難聴	難聴の 疑い*	不明**	同施設にて 療育実施	同施設にて 経過観察中***	他施設へ紹介
人	人	人	人	人	人	人	人	人

* 難聴の疑いにて検査継続している例

** 精密検査（ABRなど）予定例、精密検査予約後キャンセル、または希望しなかった例など

*** 難聴が比較的軽い等の理由により、直ちに補聴器装用の必要はないが、療育の必要性が否定できないため、言語発達や聴力についてフォローしている例

5 4で療育が必要な児について、「他施設へ紹介」した児の紹介先についてご記入願います。
.
.
.
.

6 平成21年中（1月～12月）、精密検査該当児及び療育該当児の保護者のうち、不安などにより支援が必要と判断して、紹介した事例実数と支援が必要と判断した主な理由及び紹介先をお聞きします。

事例実数	支援が必要と判断した主な理由
人	
人	
人	

(2) 紹介先

.
.
.
.

7 新生児聴覚スクリーニングの体制を整備するにあたり、保護者の精神的不安に対する支援体制が重要であると考えておりますが、実践をとおしてどの様な支援体制があるとよいとお考えですか。ご自由に記載願います。

8 その他新生児聴覚スクリーニングに関する課題やご意見など、ご自由に記載願います。

ご協力ありがとうございました。

【問い合わせ先】
茨城県保健福祉部子ども家庭課
児童育成・母子保健担当 稲村
tel:029-301-3257
fax:029-301-3269
mail:no.inamura@pref.ibaraki.lg.jp

