

※ 新生児聴覚スクリーニングリファーマ後外来を初めてご受診される方は、事前に記載いただき初診時時にご持参ください。

新生児聴覚スクリーニングリファーマ後外来問診票

横浜市立大学附属病院 耳鼻いんこう科

お子様のお名前 _____ 生後 _____ 日 _____ 体重 _____ k g
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

横浜市立大学附属病院耳鼻いんこう科新生児聴覚スクリーニングリファーマ後外来をご受診
いただきありがとうございます。

新生児聴覚スクリーニング検査でリファーマということで、とてもお子様のことを心配され
ていると思います。ただ、あくまでスクリーニング検査なので、精密検査を行った上での診
断となります。

本日は、問診、鼓膜のチェック、必要な方は尿検査を行い、次回の難聴外来の予約をとりま
す。次回、1，2週間後の難聴外来で難聴専門医師により尿検査の結果、今後の精密検査の
予定、方針をお話いたしますのでご了承ください。

以下の質問に該当するものに○もしくは回答をご記入ください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①新生児聴覚スクリーニング結果（母子手帳を参照してください）

検査機器（わかるようであれば）（AABR、OAE、わからない）

みぎ（パス、リファーマ、わからない）、ひだり（パス、リファーマ、わからない）、

②尿中サイトメガロウイルス検査の実施の有無

（陽性、陰性、うけていない、わからない）

③紹介元の医師からはどのような説明をうけていますか？

④常用しているお薬があれば教えてください。

⑤薬剤や食物アレルギーがあれば教えてください

⑥出産、出生についてご質問させていただきます。（母子手帳を参照してください）

出産医院 （ _____ 市、 _____ ）

出生時体重（ _____ ） g

在胎週数（ 週 日）

第何子になりますか（ ）

兄弟がいる場合、上から性別と年齢を記載してください。（ ）

分娩（自然分娩、帝王切開、わからない、その他（ ））

黄疸の有無（あり、なし、わからない）

黄疸有の方に質問いたします。

何日間程度続きましたか？（ 日間程度）

光線療法などの治療を実施しましたか？（ ）

出生後保育器に入りましたか？（入った、入っていない、わからない）

出生後 NICU に入りましたか？（入った、入っていない、わからない）

出生後人工呼吸器を使用しましたか？（使用した（ 日間）、していない、わからない）

その他、感染症や小耳症などの顔面疾患、そのほかの体の症状、抗生剤や利尿薬の使用、出生時仮死などの症状があれば以下に記載してください。

（ ）

⑦お母様についてお聞きします。

お母様のお名前（ ）

お母様の生年月日（ 年 月 日）

お母様の難聴の有無（あり、なし、わからない）

難聴がある場合、何歳くらいに診断されたのか、補聴器使用の有無（左右、開始年齢も）、難聴の身体障害者手帳の有無、級について記載してください）

（ ）

お母様に兄弟姉妹がいる場合、兄弟姉妹構成を上から記載してください。

（ ）（例：兄、私、妹）

難聴の方がいる場合教えてください。

（ ）

難聴がある場合、何歳くらいに診断されたのか、補聴器使用の有無（左右、開始年齢も）、難聴の身体障害者手帳の有無について記載してください）

（ ）

糖尿病、目の病気がある方がいる場合、教えてください。

お母様のご両親について、兄弟姉妹がいる場合、兄弟姉妹構成を上から記載してください。

父方：（ ）（例：叔母、叔母、母、叔母）

母方：（ ）（例：母、叔母、叔母、叔母）

難聴、糖尿病、目の病気がある方がいる場合、教えてください、

⑧

お父様の難聴の有無 (あり、なし、わからない)

() (例：兄、私、妹)

母方：() (例：母、叔母、叔母、叔母)