

新生児聴覚スクリーニングリファーマ後外来問診票

横浜市立大学附属市民総合医療センター 耳鼻咽喉科

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

横浜市立大学附属市民総合医療センター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

お父様のお名前 ()

お父様の生年月日 (年 月 日)

お父様の難聴の有無 (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について記載してください)

()

お父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。

お父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、

()

ありがとうございました。