

砂川市訓令第40号  
令和7年4月1日

砂川市新生児聴覚検査助成事業実施要綱の一部を改正する訓令を次のように定める。

砂川市長 飯 澤 明 彦

( 別 紙 )

砂川市新生児聴覚検査助成事業実施要綱の一部を改正する訓令

砂川市新生児聴覚検査助成事業実施要綱（令和2年訓令第52号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式及び別記第2号様式を次のように改める。

附 則

この訓令は、令和7年4月1日から施行する。

# 新生児聴覚検査受診票

委託医療機関の長 様

砂川市長

下記の新生児の聴覚検査を依頼します。

この受診票は、委託医療機関で新生児聴覚検査を実施した場合に、以下の金額を上限に助成するものです。

助成対象となる検査	初回検査（確認検査は助成対象外）
助成金額	自動 A B R 上限 円（税込）まで
	O A E 上限 円（税込）まで
	※検査費用（保険適用外分）が上記上限額以下の場合は、その額を助成します。 ※検査費用（保険適用外分）が上記上限額を超えた分については保護者の自己負担になりますので、差額を徴収してください。

この欄は保護者が記入してください

フリガナ				
新生児氏名（※） ※決まっている場合のみ				
性別	男・女	生年月日	年	月 日
母の氏名				
住所				
電話番号				

この欄は検査をした医師が記入してください。

検査日	初回検査	年	月	日	確認検査	年	月	日
検査方法	自動 A B R	O A E	自動 A B R	O A E				
検査結果	右耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）	右耳	異常なし（パス） 要精密検査（リファー）				
	左耳	異常なし（パス） 要再検査（リファー）	左耳	異常なし（パス） 要精密検査（リファー）				
先天性サイトメガロウイルス感染症の検査					陽性 ・ 陰性 ・ 未実施			
特記事項								
医療機関名								
担当医師 氏名					連絡先電話			
					担当者名			

※確認検査は初回検査の結果が要再検査（リファー）となった場合に概ね 1 週間以内実施する再検査です。

確認検査の結果については実施した場合のみ記入してください。

※確認検査で要再検査（リファー）となった場合は、生後 3 週間以内に先天性サイトメガロウイルス感染症の検査を実施することが強く推奨されていることに留意し、適切な対応をお願いします。

