様式第23号(第22条関係)

**３歳児健康診査精密健康診査（聴覚）受診票**

№（　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３歳児氏名 |  | 　　年　　月　　日生 |
| 住　　　所 | 出雲市　　　　　　　町　　　　　番地 |
| 保護者氏名 |  |
| 精密健康診査依頼要旨 | 聴力検査実施状況 | 合格不合格不能 | アンケート結果不適項目 | １．家族・親族に聞こえの悪い人がいる　２．中耳炎にかかりやすい３．鼻づまり・口で息をする　４．読んでも返事をしない５．保母などから聞こえが悪いと言われた　６．ことばがおかしい　７．言葉の意味が分からない　８．その他（　　　　） |
| 診察所見 |  |
| 　上記３歳児の精密健康診査を依頼します。　　　　　　年　　月　　日　（委託医療機関の長）　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　出雲市長　　　　　　　　　　　印 |
| 今　後　の　処　置所　見　又　は | 　　　　　　　　　　　　　　　　　１．難聴　1. 異常なし　　　　　　　　　　(1)感音難聴　(2)伝音難　(3)混合性難聴

　　　　　　　　　　　　　　a.両側性　　　a.両側性　　a.両側性　　　　　　　　　　　　　　　　　　　b.一側性　　　b.一側性　　b.一側性　　　　　　　病名又は内容　　　　２．言語障害　　３．耳疾患1. 要再検査（　　　　　　　）　　　　　　　　　　(1)浚出性中耳炎　(2)その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　４．その他の耳鼻咽喉科疾患1. 要治療　（　　　　　　　）　　　(1)副鼻腔炎　(2)扁桃肥大又はアデノイド　(3)その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　委託医療機関名　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| **３歳児精密健康診査費請求書** |
| 検　査　内　容 | 点　数 | 保険負担割合 | 市町村国保コード

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３　　　　　　　　　 | ２ | ０ | ０ | ３ | ６ |

　出雲市長様　　金　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　対象児氏名　　上記のとおり（　　　　　　　）についての精密健康診査に要した費用を請求します。　　委託医療機関名　　　　　住　所　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |
|  |  | ７　割８　割その他　　割 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 |  |