

新生児聴覚検査受診票パンチ項目説明書

パンチレイアウト	P1
新生児聴覚検査受診票(R4)レイアウト	P2
新生児聴覚検査受診票(R3)レイアウト	P3

パンチレイアウト

ファイル名	Tyokaku.csv
形式	SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子ダブルクォーテーションあり)
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	記録票連番	9(3)	(空白)	-
2	整理番号	9(10)	(空白)	-
3	交付年度	9(4)	交付年度4桁 ※西暦でパンチすること ※令和3年度(2021年度)分は項目がないため、空白とする。	令和4年度版(2022年度版) 2022 (2021年度) -
4	母子健康手帳交付番号	9(7)	母子健康手帳交付番号6桁もしくは7桁 ※ハイフンは除く。 ※令和4年度版(2022年度版)交付分で母子健康手帳交付番号の記載がないもの、空白とする。 ※令和3年度(2021年度)分は項目がないため、空白とする。	(番号6桁) 100001 (番号7桁)(100001-1) 1000011
5	カナ氏名	N(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。 ※カタカナに変換して入力すること。	ニホン タロウ
6	性別	9(1)	1: 男 2: 女	(男) 1
7	生年月日	9(7)	元号(5: 令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5: 令和)+6桁日付に変換して入力すること	(令和4年4月1日) (2022年4月1日) 5040401
8	母の氏名(フリガナ)	N(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。 ※カタカナに変換して入力すること。 ※子どもの名前が空白のときのみ、入力すること。	ニホン ハナコ
9	住所	N(50)	区以降、条丁目までの入力とし、番地以下は入力不要 ※カタカナに変換して入力すること ※子どもの名前が空白のときのみ、入力すること。	(中央区大通西19丁目2-1) オオドリニシ19チョウメ
10	電話番号	9(11)	(空白)	-
11	初回検査実施日※	9(7)	元号(5: 令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5: 令和)+6桁日付に変換して入力すること。	(令和4年4月15日) 5040415 (2022年4月15日) 5040415
12	検査方法	9(1)	1: 自動ABR 2: OAE	(自動ABR) 1
13	検査結果(右耳)	9(1)	1: 異常なし 2: 要再検査	(異常なし) 1
14	検査結果(左耳)	9(1)	1: 異常なし 2: 要再検査	(要再検査) 2
15	確認検査実施日※	9(7)	元号(5: 令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5: 令和)+6桁日付に変換して入力すること。 ※記載があった場合のみ、入力すること。	(令和4年4月25日) 5040425 (2022年4月25日) 5040425
16	検査方法	9(1)	1: 自動ABR 2: OAE ※記載があった場合のみ、入力すること。	(OAE) 2
17	検査結果(右耳)	9(1)	1: 異常なし 2: 要再検査 ※記載があった場合のみ、入力すること。	(異常なし) 1
18	検査結果(左耳)	9(2)	1: 異常なし 2: 要再検査 ※記載があった場合のみ、入力すること。	(要再検査) 2
19	特記事項	N(50)	(空白)	-
20	実施医療機関名	N(50)		ニホン病院
21	担当医師名	N(20)	(空白)	-

新生児聴覚検査受診票(R4)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

新生児聴覚検査受診票

この欄は保護者が記入してください

3 交付年度	母子健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ		
令和4年度版(2022年度版)	4		
フリガナ	5		
新生児氏名			
※決まっている場合のみ			
性別	6 男・女	生年月日	7 年 月 日
フリガナ	8		
母の氏名	9		
住所	区		
電話番号			

この欄は検査をし11が記入してください

検査実施日	初回検査	年 月 日	15	確認検査	年 月 日
検査方法	12 自動ABR	OAE	16	自動ABR	OAE
検査結果	13 右耳	異常なし(パス) 要審検査(リファア)	17 耳	異常なし(パス) 要審検査(リファア)	
	14 左耳	異常なし(パス) 要審検査(リファア)	18 耳	異常なし(パス) 要審検査(リファア)	
特記事項					
実施医療機関	20				
担当医師 氏名					

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

確認検査の結果について実施した場合のみ記入してください。

※裏面もご覧ください

新生児聴覚検査受診票(R3)レイアウト

・受診票サンプル

新生児聴覚検査受診票	
委託医療機関の長 様	札幌市長
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ABR 上限3,000円(税込)まで O A E 上限3,000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(姓) 氏名	
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11番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ABR OAE 自動ABR OAE
検査結果	右耳 異常なし(パス) 要再検査(リファ) 左耳 異常なし(パス) 要再検査(リファ)
検査結果	左耳 異常なし(パス) 要再検査(リファ) 右耳 異常なし(パス) 要再検査(リファ)
特記事項	
医療機関	
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)」となった場合に概ね1週間以内に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。 ※裏面もご覧ください	