

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(R5)レイアウト	P2
新生児聴覚検査受診票(R4)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 GSV(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5年度版(2023年度版) 2023
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5年度版(2023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。	(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(R5)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5年度版(2023年度)	
	フリガナ	5
	新生児氏名(※) <small>※生まれている場合のみ</small>	7
6	性別 男・女	生年月日 年 月 日
	フリガナ	8
	母の氏名	
	住所	9 区
	電話番号	

この欄は実施した医師が記入してください。

11	検査実施日	初回検査	年 月 日	確認検査	年 月 日	15
12	検査	自動ABR	OAE	自動ABR	OAE	16
13	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) 要再検査(リファー)	17
14		左耳	異常なし(パス) 要再検査(リファー)	左耳	異常なし(パス) 要再検査(リファー)	18
	特記事項					
20	実施医療機関名					
	担当医師氏名					

※確認検査は初回検査の結果が要再検査(リファー)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

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

この欄は検査をした医師が記入してください。

11	検査実施 初回検査	年 月 日	確認検査	年 月 日	15
12	検査 自動ABR	OAE	自動ABR	OAE	16
13	検査結果 右耳	異常なし(パス) 要再検査(リファア)	右耳	異常なし(パス) 要再検査(リファア)	17
14	左耳	異常なし(パス) 要再検査(リファア)	左耳	異常なし(パス) 要再検査(リファア)	18
	特記事項				
20	実施医療機関名				
	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