

新生児聴覚スクリーニングに関する調査

記入年月日	H 年 月 日
医療機関名	
調査票記入者氏名	
電話番号	() -
FAX番号	() -

- 1 貴院の新生児聴覚検査機器の機種及び平成21年中の分娩取り扱い件数をお聞きします。機種については、該当するものの()内に○をつけてください。

機 種	分娩取り扱い件数
() O A E	平成21年
() A A B R	件

- 2 新生児聴覚スクリーニングの実施状況についてお聞きします。

入院中に実施するスクリーニング：分娩してから退院するまでの間に行う検査

- (1) スクリーニングの実施時期・回数・料金についてお聞きします。
「要再検(refer)」となった時、入院中に複数回の再検査を実施している場合は、2回目以降の再検査についてもお答えください。

区 分	スクリーニング実施時期	「要再検(refer)」となった時、複数回の検査を実施している場合、お書き下さい。			
		再検 1回目	再検 2回目	再検 3回目	再検 4回目
スクリーニング検査の実施時期は、分娩後何日目か？	分娩後 日目	分娩後 日目	分娩後 日目	分娩後 日目	分娩後 日目
検査料金	円	円	円	円	円

- (2) スクリーニングを実施するにあたり、保護者への説明は主に誰が行っていますか。該当する職種をすべて○で囲んで下さい。

医師・助産師・保健師・看護師・准看護師・その他 ()

- (3) 保護者への説明時、使用している資料等がありますか？いずれかに○をつけてください。

⇒ 無・有

- (4) 入院中の検査にて「要再検(refer)」となった場合、退院時はどの様に対応していますか？ 該当する項目の()内に○をつけてください。

() 退院指導時、説明している。
() 退院時は、結果について説明していない。
() その他 []

- (5) 貴院において、近隣のスクリーニング未実施医療機関からの紹介を受けられますか？

① 受けることができる。

② 受けることはできない。 ⇒ 理由をご自由にご記入ください。

(6) 上記(5)の設問で、①とお答えになった方のみお答え下さい。

①受け入れる事ができる単位（毎日・毎週・毎月）のいずれかに○をつけ、概ね何人程度受け入れ可能かお答え下さい。

{ 毎日 }
{ 毎週 } () 人程度は可能である。
{ 毎月 }

②また、平成21年1月から12月の間に実際に受け入れた人数をお答え下さい。

実際に受け入れた人数
人

3 再検査についてお聞きします。

通院で実施する再検査：入院中の検査で「要再検（refer）」となり再検査が必要な児で退院後、通院中に行った再検査をいう。

(1) 貴院にて、再検査を実施していますか？該当する項目の（ ）に○をつけてください。
() 実施している。 → 設問(2)へ
() 実施していない。 → どの様に対応していますか？

--

(2) 設問(1)で「実施している」とお答えになった医療機関のみお答えください。
実施方法をおたずねします。該当する項目の（ ）に○をつけて下さい。
() スクリーニングと同じ方法で実施している。
() その他 → 設問(3)へ

(3) 設問(2)で「その他」とお答えになった医療機関のみお答えください。
具体的には、どの様な方法で実施していますか？該当する項目の（ ）に○をつけて下さい。
() 他の医療機関に依頼している。
() その他 []

4 精密検査について

(1) 再検査の結果、精密検査の必要があると認められた場合、どこに紹介していますか？平成21年中（1月～12月）に紹介した全ての精密検査機関名及び乳児の数をご記入ください。

紹介した医療機関名	紹介した乳児の数

(2) 精密検査該当児には、紹介状を発行していますか？
該当する項目の（ ）に○をつけてください。
() 発行していない。
() 発行している。

(3) 精密検査機関には、受診日を予約していただいていますか？
該当する項目の（ ）に○をつけてください。
() 予約している
() 予約していない → その理由をご記入下さい。

--

