

नवजात श्रवणशक्ति स्क्रिनिङ /Newborn Hearing Screening /新生児聴覚スクリーニングについて

हरेक ५०० देखि १,००० नवजात शिशु मध्ये १ जनामा जन्मजात श्रवणशक्ति नहुने अनुमान गरिएको छ। नवजात र शिशु अवधिमा यस्ता कमजोरीहरू प्रायः पत्ता लाग्दैनन्। त्यहाँ धेरै केसहरू छन् जसमा बच्चाको हेरचाह गर्ने वयस्कहरूले २ वर्षको उमेरमा ढिलो बोल्ने जस्ता असामान्यताका लक्षणहरू देखाउन सुरु नगरेसम्म बच्चाको श्रवण क्षमतामा कमी छ भनेर थाहा पाउँदैनन्।

श्रवण हानी वा कमजोरीले बालबालिकाको बोली र भाषाको विकासमा ठूलो असर पार्न सक्छ। मस्तिष्कमा भाषा प्राप्तिको अवधिलाई विचार गर्दा, जन्मजात श्रवण कमजोरीको पहिचान ३ वा ४ महिनाको उमेर भन्दा अघि हुनुपर्दछ। स्वचालित श्रवण ब्रेनस्टेम प्रतिक्रिया परीक्षण एक द्रुत र सुरक्षित परीक्षण हो जुन नवजात शिशुहरूलाई कुनै हानी नगरी सुतिरहेको बेला जन्म पछि लागू गर्न सकिन्छ। साथै, यो परीक्षण अत्याधिक प्रभावकारी छ र पत्ता लगाउने दर पनि उत्कृष्ट छ। परीक्षणको नतिजाले केही असामान्यता देखाएको भए पनि, यसले सधैं श्रवण कमजोरीलाई संकेत गर्दैन तर थप परीक्षणको आवश्यकता पर्न सक्छ।

यदि नवजात शिशुको स्क्रिनिङ परीक्षणले तपाईंको बच्चामा श्रवणशक्ति कमजोर भएको संकेत गर्छ भने, प्रारम्भिक बोली र भाषाको विकासलाई श्रवण यन्त्रहरू, कोक्लियर प्रत्यारोपण शल्यक्रिया वा विकासात्मक प्रशिक्षणको प्रयोगबाट प्रोत्साहित गर्न सकिन्छ, जसले उसलाई उच्च स्तरको मौखिक सञ्चार विकास गर्न मद्दत गर्नेछ।

कृपया ध्यान दिनुहोस् कि यो महत्वपूर्ण स्क्रिनिङ परीक्षणको शुल्क पूर्ण रूपमा बिरामीको जिम्मेवारी हो।

_____ येन + उपभोग कर। कृपया भर्नुहोस् र यो आवेदन फारम पेश गर्नुहोस्।

/It is estimated that 1 out of every 500 to 1,000 babies have an inborn hearing impairment. Such impairments are often undetected during the neonatal and infant periods. There are many cases in which adults taking care of a baby do not realize that he or she has a hearing impairment until they start to show signs of an abnormality, such as delayed speech around the age of 2.

Hearing loss or impairment can greatly affect children's speech and language development. When considering the period of language acquisition in the brain, diagnosis of congenital hearing impairments should preferably take place by no later than the age of 3 or 4 months. The automated auditory brainstem response test is a quick and safe examination that can be applied to newborns right after birth while they are asleep without causing any harm. In addition, this examination is highly effective and has an excellent rate of detection. Even if the examination results suggest some abnormality, it does not always indicate hearing impairment but may simply require further testing.

If the newborn screening test indicates that your baby has a hearing impairment, early speech and language development can be encouraged through the use of hearing aids, cochlear implant surgery or developmental training, which will help him or her to develop a higher level of verbal communication skill.

Please be advised that the fee for this critical screening test is entirely the responsibility of the patient.

_____ Yen + consumption tax.

Please fill out and submit this application form.

/生まれつき聴覚に障害を持つ赤ちゃんは500人から1000人に1人とされていますが、新生児期および乳幼児期には周囲の大人が発見しにくいいため、2歳前後になっても言葉を話さないなどの異常に保護者が気づき、初めて聴覚障害があることがわかるケースが多いです。

言葉が聞こえなかったり、聞き取りにくい場合、言語発達に大きな影響を及ぼします。先天性難聴の場合、脳における言語習得の適期を考慮すると、生後3-4カ月には難聴の有無を診断することが理想です。この自動聴性脳反応という方法は、赤ちゃんが生まれてすぐに行うことのできる検査で、赤ちゃんが眠っている間に、赤ちゃんを傷つけることなく、短時間で安全に行える検査です。しかも、検査による聴覚異常を見落とす危険性がかなり低い、非常に優れた検査法です。もし、この検査によって異常と判断された場合、ただちに聴覚に障害があることにはなりません、さらに詳しい精密検査をうけていただくこととなります。

新生児聴覚スクリーニングを受けることにより、聴覚に障害があることがわかった場合には、早くから補聴器をつけたり、人工内耳手術を受けたり、訓練を行うことによって、言葉の発達を促すことができ、言語性コミュニケーション能力が高くなります。

このように重要な検査ですが、自費診療となり、_____円+消費税の検査代が必要です。

検査の申し込み希望を記入の上、提出してください。

【नवजात शिशुको श्रवण स्क्रिनिङ परीक्षणको लागि आवेदन फारम /The Application Form for a Newborn Hearing Screening Test/検査申込書】

वर्ष /Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

 म नवजात शिशुको श्रवण स्क्रिनिङ परीक्षणको लागि आवेदन दिनेछु।

/I will apply for a newborn hearing screening test.
/新生児聴覚スクリーニング検査を申し込みます。

 म नवजात शिशुको श्रवण स्क्रिनिङ परीक्षणको लागि आवेदन दिने छैन।

/I will not apply for a newborn hearing screening test.
/新生児聴覚スクリーニング検査を申し込みません。

अभिभावक वा अभिभावकको हस्ताक्षर /Signature of a parent or guardian/保護者署名

बच्चाको नाम /Baby's name/赤ちゃんの名前

बच्चाको जन्म मिति /Baby's date of birth/赤ちゃんの生年月日

वर्ष /Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

यदि तपाईं नवजात शिशुको श्रवण स्क्रिनिङ परीक्षणको लागि आवेदन दिन चाहनुहुन्छ भने, कृपया तलको खण्ड

भर्नुहोस्। /If you wish to apply for a newborn hearing screening test, please fill out the section below.

/以下は、検査を申し込む場合のみ記入してください。

• डिस्चार्ज पछि ठेगाना /Address after discharge/退院後に生活される住所 :

• फोन नम्बर /Phone number/電話番号 :

* मैले माथिको सामग्रीको पर्याप्त व्याख्या प्राप्त गरेको छु र यसलाई पूर्ण रूपमा बुझेको छु।

/I have received sufficient explanation of the content above and fully understood it.

/上記の内容につき十分な説明を受け、理解しました。

(वर्ष/Year/年/ महिना/Month/月/दिन/Day/日)

हस्ताक्षर/Signature/署名欄

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

यो अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टर कानूनविद वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।