

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

ทารกที่เกิดมาพร้อมกับความผิดปกติทางการได้ยินมี 1 ใน 500 ถึง 1,000 คน แต่เนื่องจากทางผู้ใหญ่ที่อยู่รอบไม่รู้ ทำให้ผู้ปกครองหลายคน สังเกตเห็นความผิดปกตินี้ ตอนอายุประมาณ 2 ขวบ ที่พบว่าเด็กไม่พูด จึงรู้ว่ามีความผิดปกติทางการได้ยิน หากเด็กไม่ได้ยินหรือมีปัญหาในการได้ยินคำพูด จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาด้านภาษาอย่างมาก

เมื่อพิจารณาถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ภาษาในสมอง ในกรณีของการสูญเสียการได้ยินแต่กำเนิด การวินิจฉัยภาวะสูญเสียการได้ยินในช่วงอายุ 3-4 เดือนจึงเหมาะสมที่สุด ซึ่งวิธีการตอบสนองของสมองทางการได้ยินอัตโนมัตินี้เป็นการทดสอบที่สามารถทำได้ทันทีหลังจากที่ทารกเกิด และสามารถทำได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยในขณะที่ทารกกำลังนอนหลับ โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อทารก ยิ่งไปกว่านั้น ยังเป็นวิธีการทดสอบที่ขอดีซึ่งมีความเสี่ยงต่ำมากอีกด้วย หากการทดสอบนี้ตรวจพบว่าการได้ยินของมีความผิดปกติ ไม่ได้หมายความว่าทารกจะมีความบกพร่องในทันที แต่จะถูกขอให้เข้ารับการตรวจโดยละเอียดมากขึ้น

หากตรวจพบโดยการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดว่ามีความบกพร่องทางการได้ยิน พัฒนาการด้านคำพูดสามารถส่งเสริมได้โดยการสวมเครื่องช่วยฟังตั้งแต่นั้นๆ รับการผ่าตัดประสาทหูเทียม หรือการฝึกอบรมเพื่อปรับปรุงความสามารถทางภาษา พัฒนาทักษะการสื่อสาร

สำหรับการตรวจสอบที่สำคัญเช่นนี้คือการวินิจฉัยและการรักษาด้วยค่าใช้จ่ายของตนเอง ซึ่งต้องมีค่าตรวจสอบ _____ เยน + ภาษี กรุณากรอกค่าของเพื่อตรวจสอบและนำส่งเอกสาร

/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 人と言われていますが、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。

【แบบฟอร์มขอรับการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด

/The Application Form for a Newborn Hearing Screening Test
/検査申込書】

ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日

 ขอรับการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด

/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。

 ไม่ขอรับการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด

/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。

ผู้ปกครองลงนาม/Signature of a parent or guardian/保護者署名

ชื่อของทารก/Baby's name/赤ちゃんの名前

วันเดือนปีเกิดของทารก/Baby's date of birth/赤ちゃんの生年月日

ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日

กรุณากรอกข้อมูลต่อไปนี้เฉพาะในกรณีที่ได้เข้ารับการตรวจเท่านั้น

/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。

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

• หมายเลขโทรศัพท์/Phone number/電話番号 :

* เข้าใจเนื้อหาที่อธิบายข้างต้นอย่างถ่องแท้

/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。

(ปี/Year/年/เดือน/Month/月/วัน/Day/日)

ลงนาม/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.

การแปลฉบับนี้จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายหรือบุคคลอื่น เมื่อมีความแตกต่างในการตีความเนื่องจากความแตกต่างเล็กน้อยในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับภาษาญี่ปุ่นต้นฉบับ