

فحص سمع حديثي الولادة /Newborn Hearing Screening /新生児聴覚スクリーニングについて

تشير التقديرات إلى أن طفلاً واحداً من كل 500 إلى 1000 طفل يعاني من ضعف سمع خلقي. وغالباً ما لا يُكشف هذا الضعف السمعي خلال مرحلتَي حديثي الولادة والرضاعة. كذلك، فإن هناك العديد من الحالات التي لا يُدرك فيها البالغون الذين يرعون طفلاً رضيعاً أنه يُعاني من ضعف سمع، ويستمر الأمر حتى تبدأ علامات غير طبيعية في الظهور عليه، مثل تأخر الكلام في سن الثانية تقريباً. يمكن أن يؤثر فقدان السمع أو ضعفه تأثيراً كبيراً على تطور النطق واللغة لدى الأطفال. بالنظر إلى الفترة التي يمكن اكتساب اللغة خلالها في الدماغ، يُفضل تشخيص ضعف السمع الخلقي قبل أن يتجاوز الطفل 3 أو 4 أشهر. يُعد اختبار استجابة جذع المخ الآلي فحصاً سريعاً وأمناً، إذ يُمكن إجراؤه على حديثي الولادة مباشرةً بعد الولادة أثناء نومهم دون التسبب في أي ضرر. بالإضافة إلى ذلك، يتميز هذا الفحص بفعالية عالية وسرعة اكتشاف ممتازة. حتى لو أشارت نتائج الفحص إلى وجود شيء غير طبيعي، فإنه لا يُشير دائماً إلى ضعف السمع، بل إن الأمر قد يتطلب ببساطة إجراء المزيد من الاختبارات للتأكد. أما إذا أشار اختبار حديثي الولادة إلى أن طفلك يعاني من ضعف سمع، فحينئذٍ نحثك على العمل على التطوير المبكر للنطق واللغة عن طريق استخدام مُعينات السمع، أو جراحة زرع قوقعي، أو التدريب التنموي، الأمر الذي سيساعد على تطوير مهارات التواصل اللفظي لديه.

يُرجى العلم أن المريض يتحمل رسوم هذا الفحص المهم بالكامل.

ين + ضريبة الاستهلاك.

يُرجى ملء نموذج الطلب هذا وتقديمه.

/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ので、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になります。

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。

نموذج طلب اختبار فحص سمع حديثي الولادة

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

سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日

☐ سأقدم بطلب لإجراء اختبار فحص سمع حديثي الولادة.
/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。

☐ لن أقدم بطلب لإجراء اختبار فحص سمع حديثي الولادة.
/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。

توقيع أحد الوالدين أو الوصي /Signature of a parent or guardian/保護者署名

اسم الطفل /Baby's name/赤ちゃんの名前

يوم/Day/日 شهر/Month/月 سنة/Year/年 تاريخ ميلاد الطفل /Baby's date of birth/赤ちゃんの生年月日

إذا كنت ترغب في التقدم بطلب لإجراء اختبار فحص سمع حديثي الولادة، فيرجى ملء القسم أدناه.
/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。

العنوان بعد الخروج من المستشفى /Address after discharge/退院後に生活される住所: •

رقم الهاتف /Phone number/電話番号: •

* لقد تلقيت توضيحاً وافياً للمحتوى المذكور أعلاه وفهمته تماماً.
/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。

_____/_____/_____
(يوم/Day/日 شهر/Month/月 سنة/Year/年)

لتوقيع /Signature/署名欄