

新生兒聽力篩檢作業手冊

單位：_____

姓名：_____

手冊編號：_____

(請列入移交)

101 年 3 月

(Ver 1.3)

臺北市衛生局、新北市衛生局 編印

財團法人預防醫學基金會 編輯

本手冊最新版本及作業表單可於 <http://hearing.pmf.tw> 下載

目 錄

壹、導論

一、新生兒聽力篩檢簡介	1
二、新生兒聽力篩檢作業流程	4

貳、篩檢系統作業

一、聽力篩檢單位作業系統	I-1
(一) 工作目標	I-1
(二) 工作成員與職責	I-1
(三) 作業程序	I-2
(四) 作業流程	I-6
二、專責轉介醫院作業系統	II-1
(一) 工作目標	II-1
(二) 工作成員與職責	II-1
(三) 作業程序	II-2
(四) 作業流程	II-8
三、公衛追蹤轉介作業系統	III-1
(一) 工作目標	III-1
(二) 工作成員與職責	III-1
(三) 作業程序	III-2
(四) 作業流程	III-5
四、早期療育轉介作業系統	IV-1
(一) 工作目標	IV-1
(二) 工作成員與職責	IV-1
(三) 作業程序	IV-1
(四) 作業流程	IV-3
五、聽力篩檢資料管理中心作業系統	V-1
(一) 工作目標	V-1
(二) 工作成員與職責	V-1
(三) 作業程序	V-1
(四) 作業流程	V-7

六、其他單位作業系統	VI-1
(一) 聽力篩檢服務單位	VI-1
(二) 遺傳諮詢單位	VI-2

參、作業表單	VII-1
--------	-------

肆、附錄

- 一、新生兒聽力篩檢作業單位名錄
- 二、新生兒聽力篩檢電腦操作手冊
- 三、聽障血液遺傳學檢查檢體採集及運送須知

伍、新生兒聽力篩檢作業手冊更新紀錄

新生兒聽力篩檢簡介

身心健康的孩子是家庭歡樂的泉源，若家裡有先天聽障的孩子，不僅會影響其未來言語及語言發展，也會帶給家庭、社會無比沉重的負擔。新生兒先天性雙側重度聽障之發生率約為 1/1,000，如果加上中、輕度及單側性聽障，則發生率高達 3/1,000，比絕大多數現有常規新生兒篩檢項目的發生機率（如先天甲狀腺低能症 1 / 3,000 ~ 4,000）還高。剛出生之嬰兒，其週邊的耳蝸雖已發育完整，但大腦聽覺中樞是在出生後，不斷受外界環境的聲音刺激，才得以發育完成。亦即表示，三歲以後人腦的可塑性逐漸變差，大腦中原先被設計用於聽力、語言的細胞轉變成其他用途，此時要再讓它恢復原有的聽語功能，就相當困難。

在 1990 年代以前，受限於使用聽性腦幹反應（auditory brainstem response, ABR）作為聽力篩檢工具時，需花費相當長的篩檢時間，在人力與物力不足的情況下，僅能選擇性篩檢具聽力損失高危險因子的新生兒。但研究實證顯示，僅對高危險群進行新生兒聽力篩檢，只能檢出約一半的先天性聽損，以至於當時先天性聽損的平均確診年齡延遲至二到三歲，影響先天性聽損兒童日後聽覺、語言、甚至學業等各項發展。

自二十世紀耳聲傳射（otoacoustic emission, OAE）儀器問世，它提供比 ABR 更為快速的篩檢效率，因此耳科聽力學界進入推動全面新生兒聽

力篩檢的新紀元。加上聽能輔具的新科技及完善的聽能復健，使得藉由早期療育的介入，讓先天性聽損的嬰幼兒獲得良好的成效。根據美國科羅拉多大學研究顯示：聽障之嬰兒，若能於六個月大以前予以診斷治療，將來可以達到正常之語言和其他身心發展。但若遲至六個月後才予以診斷，將會造成語言和社交技巧上的明顯遲緩。先天性聽障若能於三個月前診斷，且於六個月大前開始配戴聽覺輔具與接受聽能復健，能讓嬰幼兒有正常的語言發展歷程，因此可見施行全面性新生兒聽力篩檢的重要性。

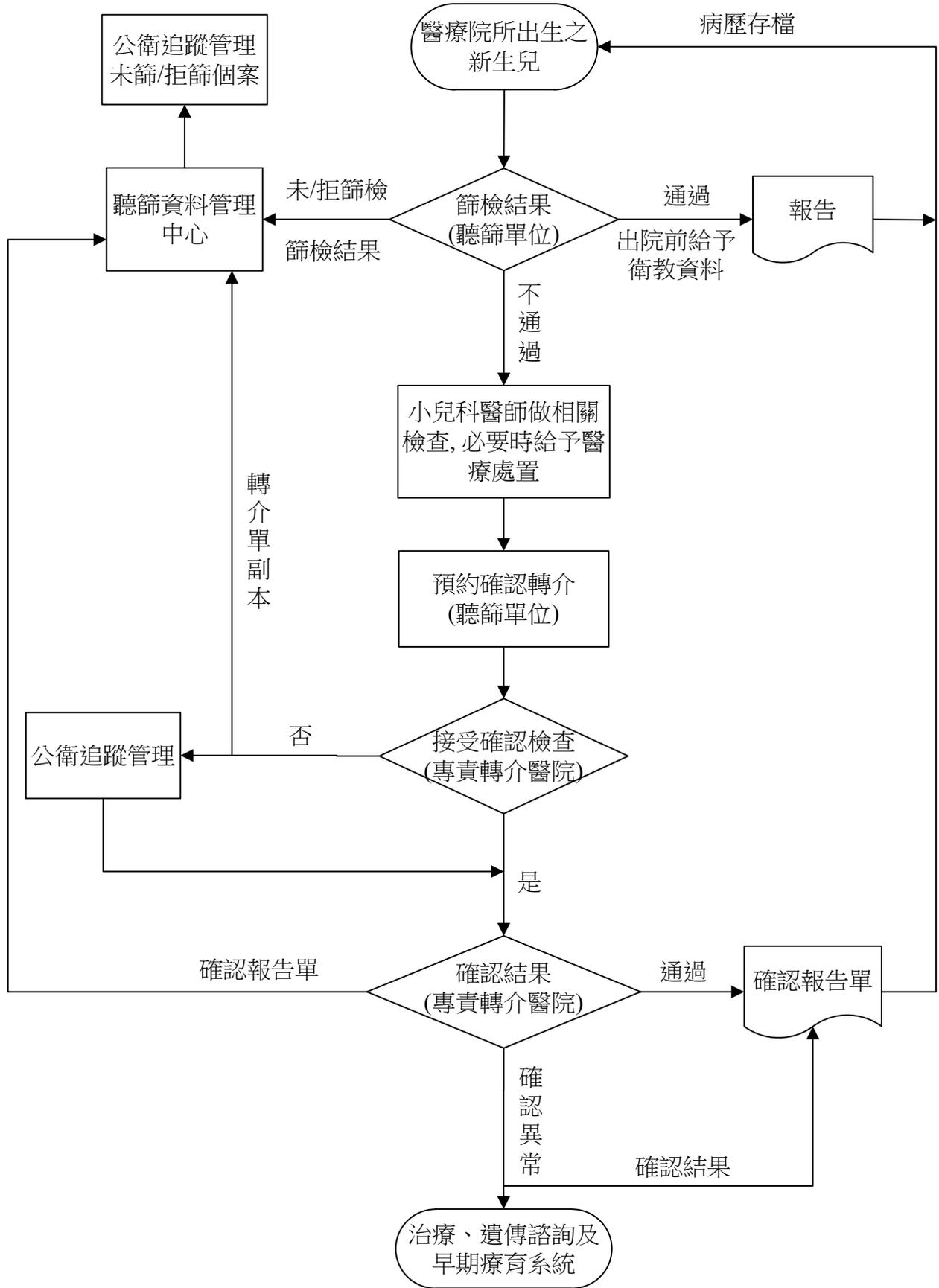
目前可以選擇的新生兒聽力篩檢儀器有自動聽性腦幹反應（Automated ABR，aABR）和耳聲傳射（OAE）兩大類，在學理上自動聽性腦幹反應和耳聲傳射均有其優缺點，在技術及操作方面各有所不同，耳聲傳射（OAE）雖然操作簡易、快速，但無法篩檢聽神經病變（auditory neuropathy）及聽覺神經放電異常（auditory dyssynchrony）所造成的先天性聽損，可能因此造成篩檢之偽陰性（偽陰性率約 10%）。另外因為 OAE 所測的是從外耳延伸到耳蝸外毛細胞的周邊聽覺系統，較易受新生兒外耳道胎脂及其他因素而影響其篩檢結果，導致偽陽性較高，轉介率約在 6.4%~7%，而轉介率過高也易增加家長的憂慮及追蹤確診的社會成本。本篩檢計畫乃全面採用自動聽性腦幹反應（aABR）作為篩檢的工具，以降低偽陰性及偽陽性篩檢結果。

新生兒聽力篩檢推廣計畫依據 「2008 臺灣新生兒聽力篩檢共識」內

容及目前的先天性代謝疾病常規新生兒篩檢作業系統現況，規劃包含「聽篩單位」(接生院所)、「專責轉介醫院」、「公共衛生追蹤系統」、「早期療育轉介系統」及「聽力篩檢資料管理中心」等五個作業系統。「聽篩單位」負責對家長傳遞相關訊息，執行篩檢作業(aABR)，同時轉介篩檢「不通過」個案至專責轉介醫院進行確認。「專責轉介醫院」負責對轉介的個案於出生三個月內執行完整的聽力學及醫學評估，確立聽損診斷後，負責個案的醫療照護追蹤，並協助轉介聽能復健單位。「公共衛生追蹤系統」負責協助追蹤所有「拒篩」、「未完成篩檢」、「未完成確認」的個案。「早期療育轉介系統」係監偵所有轉介早期療育的個案，能及時開始並持續接受療育，並於各年齡階段接受評估。「新生兒聽力篩檢資料管理中心」則負責所有資訊系統規劃，整合所有回報的資料，並監偵整體篩檢作業系統。整個篩檢作業流程的規劃導入新生兒先天性代謝疾病篩檢的概念，期能將全面篩檢率達到95%以上，同時在完整追蹤系統的建制下，妥善的為「每一位」未通過篩檢的新生兒在出生三個月內確認聽損，在確認聽損一個月內完成聽能輔具的初步選配，並且轉介到療育單位，出生後六個月內開始聽語療育訓練。以期能使聽損新生兒的各項發展符合同年齡的一般兒童，能減輕家長的負擔，並降低其在成長過程中的社會輔助成本。

參考資料：臺灣新生兒聽力篩檢共識，行政院衛生署國民健康局 (2008)。

新生兒聽力篩檢作業流程



Flow-1.1

聽力篩檢單位作業系統

一、工作目標

1. 在有效作業期間內，安排責任範圍內「每一個」出生的新生兒完成聽力篩檢。
2. 協助轉介篩檢「不通過」的個案至專責轉介醫院（簡稱轉介醫院）接受確認檢查。
3. 篩檢結果回報聽力篩檢資料管理中心（簡稱聽資中心），以利統一追蹤管理作業。

二、工作成員與職責

1. 主持人
督導系統正常運作。
2. 系統聯絡協調員
 - 2.1 個案基本資料輸入建檔，建立篩檢名冊。
 - 2.2 提供個案家長聽力篩檢的衛教說明，並安排聽力篩檢人員進行「aABR 聽力篩檢」。
 - 2.3 協助篩檢「不通過」個案轉介至專責轉介醫院接受確認檢查。
 - 2.4 篩檢報告登錄、歸檔，及與聽資中心聯絡等工作。
3. 聽力篩檢人員
依據篩檢名冊，進行 aABR 聽力檢查。

4. 小兒科醫師

針對篩檢「不通過」個案做相關檢查，必要時依據新生兒狀況給予醫療處置。

三、作業程序

1. 建立基本資料

1.1 協調員於新生兒出生 24 小時內進行基本資料建檔，開啟「新生兒聽力篩檢推廣計畫」網頁 (<http://hearing.pmf.tw>)，登入「新生兒篩檢管理系統」(簡稱篩檢管理系統)，選擇「院內出生聽篩作業」依序鍵入個案資料。(電腦操作詳見附錄二：新生兒篩檢管理系統操作手冊)

1.2 若家長拒絕個案接受篩檢，需勾選「拒篩」。

1.3 選擇「匯出名冊」功能，列印該日建檔之篩檢名冊 (Form HS-01)，作為聽力篩檢執行、篩檢結果登錄及查詢使用。

1.4 聽力篩檢若為委外作業，應立即 (新生兒出生 24 小時內) 將名冊傳真通知「聽力篩檢服務單位」。

1.5 若新生兒轉入其他病房 (如：加護病房) 或其他醫院，仍需要建檔。

2. aABR 聽力篩檢及報告作業

2.1 協調員或醫護相關人員提供家長聽力篩檢衛教單 (Form HC-01 或 Form HC-01-1) 並加以說明。

2.1.1 於「臺北市」聽篩單位接生之新生兒：

若家長不願意新生兒接受篩檢，請家長簽署「不同意書」(Form HC-01)，將此「不同意書」黏貼於病歷，並於篩檢名冊及「篩檢管理系統」中註記「拒篩」。

2.1.2 於「新北市」聽篩單位接生之新生兒：

請家長於「新生兒聽力篩檢同意書」(Form HC-01-1) 上簽署，並將「同意書」黏貼於病歷。如家長簽署「不同意」，須於篩檢名冊及「篩檢管理系統」中註記「拒篩」。

- 2.2 新生兒應於出生後 24 至 36 小時，進行第一次 aABR 篩檢。第一次篩檢結果為「不通過」，則於新生兒出生後 36 至 60 小時，再進行第二次 aABR 篩檢。
- 2.3 協調員聯絡聽力篩檢人員依照上述步驟的篩檢時機進行篩檢，完成篩檢後由聽力篩檢人員提供書面「篩檢報告」給協調員。
- 2.4 協調員依「篩檢報告」將篩檢結果記錄於名冊中並輸入「篩檢管理系統」，並且在兒童健康手冊「滿一個月健康檢查紀錄頁面」空白處黏貼「聽力篩檢結果貼紙」(Fom HS-03) 或蓋上「聽力篩檢結果印章」，勾選貼紙或印章上 aABR 篩檢結果(「通過」或「不通過」)，填寫篩檢單位及篩檢日期。篩檢報告則歸入個案病歷(衛生局將以此為查核依據)。
- 2.5 篩檢結果為「通過」的個案，出院前應提醒家長仍應注意衛教單(Form HC-01) 上的「需注意事項」及「簡易居家聽力語言行為評量表」。
- 2.6 第二次篩檢結果為「不通過」，立即協助安排下列事宜：
 - 2.6.1 安排小兒科醫師對個案進行相關檢查，必要時給予醫療處置。
 - 2.6.2 協助家長選擇欲前往確認之轉介醫院。
 - 2.6.3 電話聯絡轉介醫院協調員，預約新生兒滿月時的確認日期、時間及地點。轉介醫院及預約確認日期記錄於「篩檢名冊」中。

2.6.4 進入「篩檢管理系統」，輸入篩檢結果、預約轉介醫院、確認預約日期、報到地點及其他相關資料，列印「新生兒聽力篩檢確認轉介單」(Form HR-01) 及篩檢「不通過」的衛教單張 (Form HC-02)。

2.6.5 Form HR-01 傳真通知「轉介醫院」及「聽資中心」，將 Form HR-01 及 Form HC-02 交付給個案家長並加以說明。

2.6.6 務必確認收到轉介醫院的「轉介單簽收回函」，完成轉介責任。

2.6.7 如個案家長不願接受安排至專責轉介醫院進行確認檢查，則將個案欲前往的醫院名稱輸入「聽篩不通過個案轉介其他醫院轉介單暨回函 (Form HR-01-1)」，並列印出 Form HC-02 及空白的「聽力篩檢確認結果報告單 (Form HR-02)」。

2.6.8 依聽篩單位所在地將 Form HR-01-1 傳真通知所轄「衛生局」及「聽資中心」，將 Form HR-01-1、Form HC-02 及 Form HR-02 交付給個案家長並加以說明。

2.6.9 務必確認收到衛生局的「轉介單簽收回函」，完成轉介責任。

2.7 未能於出院前完成篩檢的個案 (提早出院或其他原因)，應盡早 (個案一個月大內) 安排回院接受篩檢。

2.8 如個案家長不願配合或個案的現況不宜返回完成聽力篩檢，應主動填寫「通知聽資中心轉介追蹤聽篩函 (Form HD-08)」並傳真給聽資中心，由聽資中心協助轉介追蹤完成篩檢。

3. 院外接生個案新生兒聽力篩檢作業

3.1 收到聽資中心傳來的「協助院外轉入個案聽篩通知函 (Form HS-04)」，協調員登錄「篩檢管理系統」，選擇「院外轉入聽

篩作業」，列印「院外轉入個案篩檢名冊 (Form HS-01-1)」，盡速安排該個案接受新生兒聽力篩檢。

3.2 完成篩檢後，協調員請登錄「篩檢管理系統」，選擇「院外轉入聽篩作業」，依「篩檢報告」輸入篩檢結果。並且在兒童健康手冊「滿一個月健康檢查紀錄頁面」空白處黏貼「聽力篩檢結果貼紙」(Fom HS-03) 或蓋上「聽力篩檢結果印章」，勾選貼紙或印章上 aABR 篩檢結果(「通過」或「不通過」)，填寫篩檢單位及篩檢日期。篩檢報告則歸入個案病歷(衛生局將以此為查核依據)。

3.3 篩檢結果為「通過」的個案，應提醒家長仍應注意衛教單 (Form HC-01) 上的「需注意事項」及「簡易居家聽力語言行為評量表」。

3.4 如該個案的篩檢結果為「不通過」，依照步驟 2.6 協助安排各項事宜。

4. 上述所有需電腦輸入及產生表單的作業程序，如遇到電腦無法連線或無法列印表單，可複印作業手冊中的表單人工填寫作業，待電腦系統恢復連線後補行輸入。

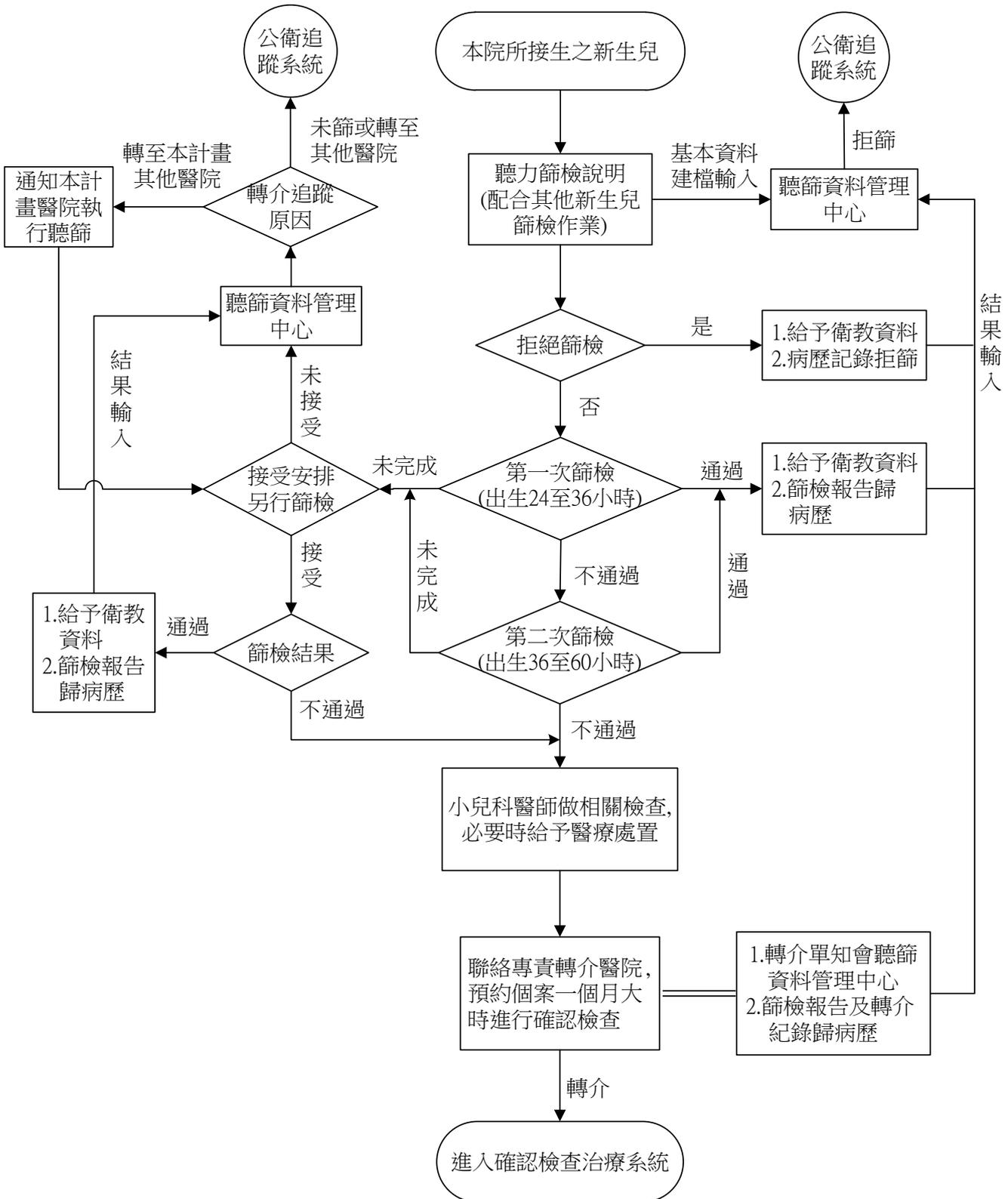
四、篩檢月結作業

1. 於次月 5 日前開啟計畫網頁 (<http://hearing.pmf.tw>)，登入「篩檢管理系統」，選擇「月結申報作業」，以聽篩日期為結算基準，統計上個月完成聽力篩檢的人數。
2. 完成統計後，列印請款專用的「新生兒聽力篩檢核銷名冊 (Form HD-05)」。
3. 核對無誤後，依名冊的戶籍統計表中的執行人數計算篩檢服務費，

檢附個案核銷名冊及領據，於次月 10 日向相關單位申請核付費用。

五、新生兒聽力篩檢單位系統作業流程（見下頁）

新生兒聽力篩檢單位作業流程



專責轉介醫院作業系統

一、工作目標

1. 在有效時間內，對責任範圍內的聽力篩檢結果為「不通過」個案，完成確認診斷。
2. 對已確認的個案，提供主動的醫療照護及早期療育諮詢，及時轉介適當的早期療育單位和遺傳諮詢單位。
3. 確認結果回報聽力篩檢資料管理中心（簡稱聽資中心），以利統一追蹤管理作業。

二、工作成員與職責

1. 主持人

督導系統正常運作。

2. 系統聯絡協調員

2.1 負責個案的聯絡、報到與建檔管理，並且協調院內各有關人員，使能順利進行確認檢查、診斷與治療。

2.2 協助確認異常個案的「早期療育」及「遺傳諮詢」轉介作業。

2.3 確認結果報告登錄、歸檔，及與聽資中心聯絡等工作。

2.4 轉介失聯或不願報到確認的個案至公衛追蹤系統。

2.5 協調員應有專線電話及傳真，可隨時直接聯絡。

3. 耳鼻喉科專科醫師

安排完整聽力檢查，綜合判定確認檢查結果，提供確認聽損個案之醫療及聽能輔具選配諮詢。

4. 小兒科醫師

收集耳鼻喉科初步檢測（OAE 及 aABR）未通過的個家族相關病史及遺傳圖譜，安排適當的理學檢查、血液遺傳學檢查及其他相關檢查。

5. 聽力專業人員

進行確認過程的聽力及相關檢查，提供確認聽損個案之聽能輔具的選配。

6. 醫檢師或技術員

採集處理各類檢體，作必要的檢驗，或轉送代檢單位。

7. 社會工作員

了解個案的家庭狀況、經濟狀況及態度，適時介入，使家屬能接受事實，與醫療人員及早期療育單位人員配合，提高治療效果。

三、作業程序

1. 個案預約確認報到、建檔與耳鼻喉科初步檢測（OAE 及 aABR）作業

1.1 協調員提供聽力篩檢「不通過」個案的預約確認檢查日期（個案一個月大）及報到地點給「聽篩單位」。

1.2 協調員收到聽篩單位傳真來的「新生兒聽力確認轉介單」（Form HR-01），簽收後回傳至「聽篩單位」及「聽資中心」。

1.3 協調聽力檢查人員排定個案報到當日隨即進行耳鼻喉科初步檢測 OAE 及 aABR。

1.4 個案完成初步檢測後，協調員開啟「新生兒聽力篩檢推廣計畫」網頁（<http://hearing.pmf.tw>），登入「聽力篩檢資訊管理系統」（簡稱聽資系統），將 OAE 及 aABR 兩項結果及其他相關資料輸入，作為個案已報到接受確認的記錄。

- 1.5 上述兩項檢測均通過的個案，表示確認結果為「通過」，即可選擇列印「新生兒聽力篩檢確認結果報告單」(Form HR-02)，請醫師簽名後，傳真至「聽篩單位」及「聽資中心」歸檔、結案。「聽力篩檢資訊管理系統」電腦操作詳見附錄三(聽力篩檢資訊管理系統操作手冊)
 - 1.6 個案若未依約就診，立即以電話聯絡個案家屬，另行預定下次確認日期，並於「聽資系統」輸入下次預約的日期。
 - 1.7 若個案仍無法依上述預約日期報到，則須轉介公衛協助追蹤。登入「聽資系統」，選擇列印「轉介公衛通知單」(Form HN-01)，資料核對後，依個案居住地傳真通知單至所轄「衛生局」及「聽資中心」。務必確認收到衛生局「轉介單簽收回函」，完成轉介責任。
 - 1.8 如個案居住地不在本聽篩計畫推廣的縣市，則依醫院所在地傳真通知單至所轄「衛生局」及「聽資中心」，由衛生局協調員協助追蹤。務必確認收到衛生局「轉介單簽收回函」，完成轉介責任。
2. 耳鼻喉科初步檢測(OAE及aABR)「不通過」個案的確認作業
 - 2.1 由協調員安排個案先進行小兒科評估及相關檢查，步驟如下：
 - 2.1.1 小兒科醫師進行一般理學檢查。
 - 2.1.2 血液檢查：CMV IgM、Rubella IgM及遺傳學檢查
 - 2.1.2.1 各項檢查需要血液檢體量如下：
 - a) CMV IgM及Rubella IgM—全血 1~2 ml (無抗凝劑)
 - b) 遺傳學檢查—2 ml 抗凝劑EDTA及2 ml 抗凝劑Heparin 全血

- 2.1.2.2 為避免多次抽血，在抽血前先登入「聽資系統」列印「聽障血液遺傳學檢查送檢申請表」(Form HG-01)。
- 2.1.2.3 依照「聽障血液遺傳學檢查同意書」(Form HG-02)內容對家長加以說明，家長若同意檢查，請家長在同意書(一式三份)上簽名。(同意書一式存檔，一式家長留存，一式隨檢體寄送)。
- 2.1.2.4 依檢查項目採集所需血量並分裝不同試管，填寫「檢體採集日期」於 Form HG-01。
- 2.1.2.5 檢體採集後盡快電話聯絡「遺傳學檢查單位」協調員安排收取檢體，填寫「檢體送檢日期」於 Form HG-01 並傳真給「遺傳諮詢單位」。
- 2.1.2.6 依檢驗單位提供之包裝將檢體包裝並附上所需表單 (Form HG-01 及 Form HG-02)，檢體採集及運送方式詳見附錄三「聽障血液遺傳學檢查檢體採集及運送須知」。
- 2.1.2.7 檢驗單位如無法於當日收取檢體，請將檢體保存在「室溫」中，「不可」冷凍或冷藏。
- 2.1.2.8 轉介醫院若能自行進行遺傳學檢查，可使用該醫院的作業表單執行檢查，檢查結果輸入「新生兒聽力篩檢確認結果報告單 Form HR-02)」，以協助個案確認診斷。

2.1.3 收集家族相關病史及遺傳圖譜。

2.2 依各確認醫院之院內作業常規安排個案完成「耳鼻喉科完整聽力評估」，包括：

2.2.1 中耳鼓室圖評估 (1000 Hz 及 226 Hz)

2.2.2 聽性腦幹誘發電位反應 (ABR) : Click 及 Tone burst

2.2.3 聽性穩定誘發反應 (ASSR)

2.2.4 嬰幼兒行為聽力評估：刺激音，行為觀察法 (BOA)，最小反應音量表。

2.2.5 其他相關檢查：前庭導水管擴大症 (Enlarged vestibular aqueduct syndrome)，Mondini 氏畸形 (Mondini dysplasia) 及其他聽力檢查。

2.3 請耳鼻喉科醫師綜合判定確認結果

2.3.1 確認聽力正常個案之處理：

2.3.1.1 協調員彙整所有確認檢查報告並登入「聽資系統」，輸入所有確認檢查，完成後選擇列印「新生兒聽力篩檢確認結果報告單」(Form HR-02)，由耳鼻喉科醫師綜合判定確認結果並簽名。

2.3.1.2 Form HR-02 傳真至「聽篩單位」及「聽資中心」歸檔、結案。

2.3.2 確認聽力異常個案之處理：

2.3.2.1 耳鼻喉科醫師提供個案之醫療及聽能輔具選配諮詢。

2.3.2.2 聽力專業人員協助家長於確認後「一個月內」完成聽能輔具初步選配。

2.3.2.3 提供家長早期療育相關資訊與諮詢。

2.3.2.4 由家長選擇個案欲接受早期療育的單位。

- 2.3.2.5 為個案預約接受早期療育之日期（出生後六個月以內）。
- 2.3.2.6 為個案預約遺傳諮詢的日期。
- 2.3.2.7 協調員彙整所有確認檢查報告並登入「聽資系統」：
- a) 輸入預約日期及早期療育單位，列印「新生兒聽力篩檢早期療育轉介單」(Form HT-01)。
 - b) 輸入預約遺傳諮詢日期，列印「新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單」(Form HG-03)。
 - c) 如轉介醫院有設立遺傳諮詢單位，可使用該醫院的作業表單，為個案預約遺傳諮詢的日期。
 - d) 輸入所有檢查結果及轉介早期療育資料，列印「新生兒聽力篩檢確認結果報告單」(Form HR-02)，由耳鼻喉科醫師勾選綜合判定確認結果及治療方法並簽名。
- 2.3.2.8 Form HR-02 傳真至「聽篩單位」，及「聽資中心」歸檔、結案。
- 2.3.2.9 Form HT-01 依個案戶籍傳真至所轄的「早期療育通報單位」、「早期療育單位」及「聽資中心」。還需傳真 Form HR-02 及其他相關檢查資料給「早期療育單位」。
- 2.3.2.10 如個案的戶籍不在本計畫之推廣縣市，則依專責醫院所在地的傳真 Form HT-01 至所轄「早期療育通報單位」、「早期療育單位」及「聽資中心」，由「早期療育通報單位」協調員協助轉介通報個案戶籍地的「早療通報單位」。

2.3.2.11 Form HG-03 傳真至「遺傳諮詢單位」及「聽資中心」，遺傳諮詢由臺北市立聯合醫院仁愛院區小兒科負責；還需提供 Form HR-02 給「遺傳諮詢單位」。

2.3.2.12 將「新生兒聽力篩檢療育轉介單」(Form HT-01)及「新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單」(Form HG-03)交付家長。

2.3.2.13 務必確認收到「早期療育通報單位」的「轉介單簽收回函」，完成轉介責任。

2.3.3 聽力異常但須再次評估確認之個案處理：

2.3.3.1 耳鼻喉科醫師綜合判定確認聽力異常，但須於個案年齡大一點時再次聽力評估後才能確認轉介早療。醫師於「新生兒聽力篩檢確認結果報告單」(Form HR-02)之治療方式及建議欄位勾選再追蹤，說明需再評估之原因，並填入再評估預約日期。

2.3.3.2 個案接受再次評估後，依 2.3.1 或 2.3.2 步驟處理。

2.4 所有確認作業應於個案三個月大以前完成，若有需要再次行評估，則須於個案六個月大以前完成確認。

2.5 個案報到後，若未依約就診完成初步檢測或完整聽力評估，應立即以電話聯絡個案家屬，另行預定下次就診日期。

2.6 若個案仍無法依上述預約日期報到，則須轉介公衛協助追蹤。登入「聽資系統」，選擇列印「轉介公衛通知單」(Form HN-01)，資料核對後，依個案居住地傳真通知單至所轄「衛生局」及「聽資中心」。務必確認收到衛生局「轉介單簽收回函」，始可認定完成轉介責任。

2.7 如個案居住地不在本聽篩計畫推廣的縣市，則依醫院所在地傳真通

知單至所轄「衛生局」及「聽資中心」，由衛生局協調員協助追蹤。
務必確認收到衛生局「轉介單簽收回函」，始可認定完成轉介責任。

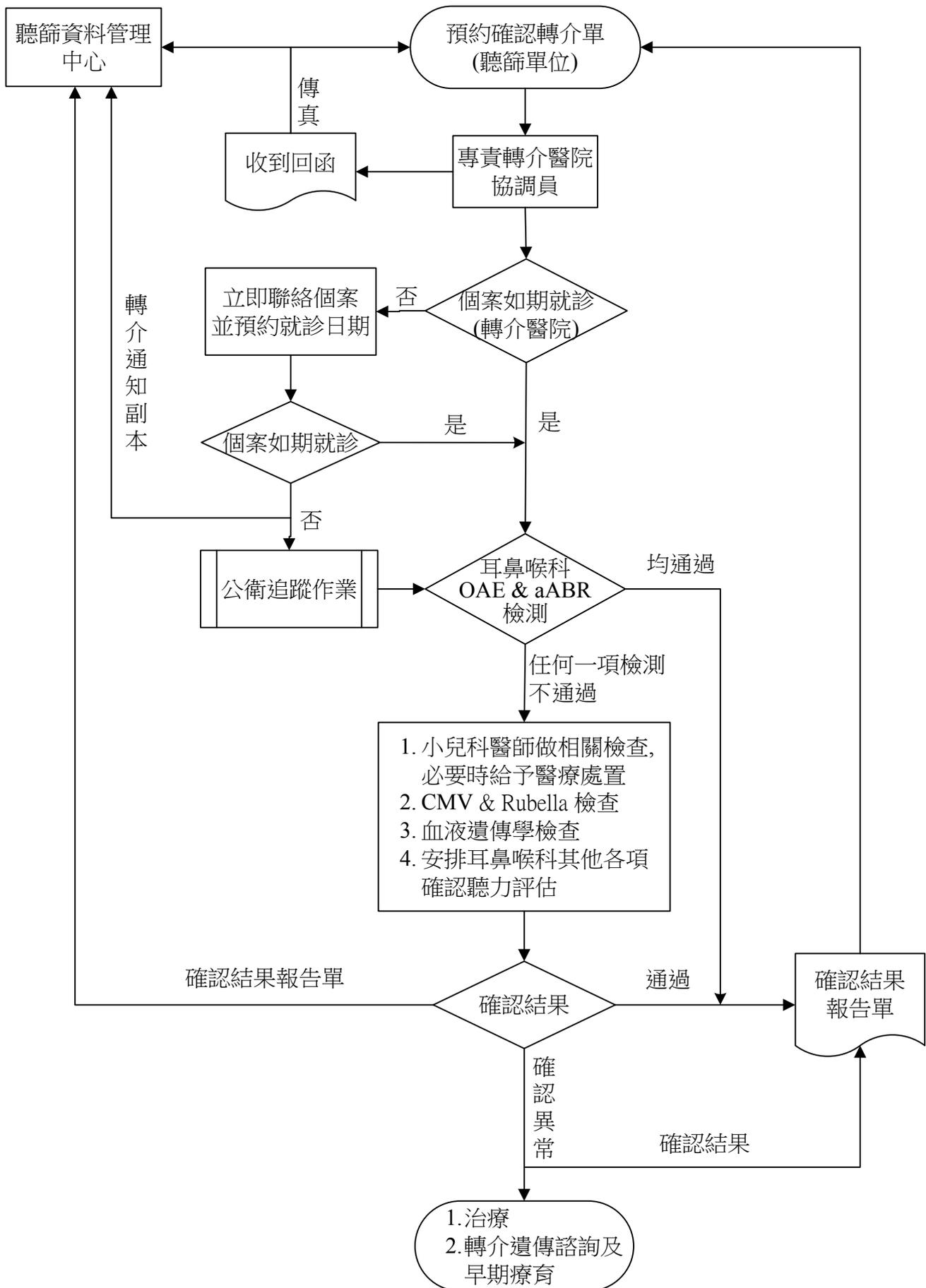
3. 歸納各類表單處理原則如下表：

接收單位	表單種類
聽篩單位	Form HR-01 回函，Form HR-02
遺傳學檢查單位	Form HG-01，Form HG-02
早期療育單位	Form HT-01，Form HR-02
衛生局	Form HN-01
早期療育通報單位	Form HT-01
遺傳諮詢單位	Form HG-03，Form HR-02
接收單位	表單種類
聽資中心	Form HR-01 回函，Form HN-01，Form HG-03， Form HT-01，Form HR-02
個案家長	Form HG-02，Form HT-01，Form HG-03
專責轉介醫院	Form HN-01 回函，Form HT-01 回函

4. 上述所有需電腦輸入及產生表單的作業程序，如遇到電腦無法連線或無法列印表單，可複印作業手冊中的表單人工填寫作業，待電腦系統恢復連線後補行輸入。

三、新生兒聽力篩檢專責轉介醫院系統作業流程（見下頁）

新生兒聽力篩檢專責轉介醫院作業流程



Flow-3.1

公衛追蹤轉介作業系統

一、工作目標

1. 在有效作業期間內，協助追蹤責任範圍內「每一個」新生兒接受聽力篩檢。
2. 協助追蹤篩檢「不通過」個案至專責轉介醫院接受確認。
3. 協助追蹤「未完成篩檢」及「拒絕接受篩檢」個案接受篩檢或收案管理。
4. 將追蹤結果回報聽力篩檢資料管理中心。

二、工作成員與職責

1. 主持人

督導系統正常運作。

2. 系統聯絡協調員

- 2.1 接受「公衛追蹤轉介單」，建立追蹤轉介名冊，將個案轉介至居住所在地之健康服務中心。
- 2.2 聯絡追蹤非居住轄區內之「未完成」篩檢個案完成篩檢。
- 2.3 聯絡追蹤非居住轄區內之「未確認」個案接受確認檢查，不接受安排者則轉介個案至居住地所轄之衛生局收案管理。
- 2.4 匯集追蹤結果，將結果傳真至聽篩資料管理中心。(簡稱聽資中心)

3. 公共衛生護士

- 3.1 依「公衛追蹤轉介單」進行個案之追蹤訪視，協助「未完成」篩檢及「未確認」個案完成篩檢及接受確認。
- 3.2 將追蹤多次仍「不願」接受安排「篩檢」及「確認」之個案，以及「拒絕篩檢」個案，進行收案管理並列入「兒童發展篩檢」優先實施對象。
- 3.3 將追蹤訪視結果回報衛生局。

三、作業程序

1. 收到「確認個案未回轉介公衛通知單」(Form HN-01)：
 - 1.1 協調員簽收後，Form HN-01 傳真至「專責轉介醫院」及「聽資中心」。
 - 1.2 協調員建立追蹤轉介名冊並確認個案居住地。
 - 1.3 居住於轄區內者：
 - 1.3.1 轉發 Form HN-01 至個案居住所在地的「健康服務中心」或「衛生所」，由公衛護士進行追蹤訪視，輔導個案家長帶個案回原轉介的「專責轉介醫院」接收院所接受確認檢查。
 - 1.3.2 家長若不願回原轉介的「專責轉介醫院」，可依家長之意願協助家長預約其他「專責轉介醫院」接受確認檢查。將預約的專責轉介醫院名稱、預約確診日期、時間及地點記錄於 Form HN-01。
 - 1.3.3 家長若已安排個案至其他「非專責轉介醫院」，或有意願到「其他醫院」接受確認檢查，請將個案前往的「醫院名稱」記錄在 Form HN-01。若是個案已進行確認檢查，則還須將個案「就診科別」、「病歷號」、「主治醫師姓名」及「確認結果」記錄在 Form HN-01。
 - 1.3.4 追蹤多次仍不願接受確認檢查安排，公衛護士進行收案管理並列入兒童發展篩檢優先實施對象。
 - 1.3.5 公衛護士將追蹤訪視結果紀錄於 Form HN-01 並回覆協調員。
 - 1.3.6 協調員收到 Form HN-01，依追蹤結果內容做進一步處理或結案，副本傳真至原「專責轉介醫院」及「聽資中心」。
 - 1.4 非居住轄區內者：
 - 1.4.1 協調員電話輔導個案家長帶個案回原轉介的「專責轉介醫院」接收院所接受確認檢查。
 - 1.4.2 個案家長若不願回原轉介的「專責轉介醫院」，則由協調員轉介至居住地所轄之「專責轉介醫院」接受確認，將個案前往的醫

院名稱記錄在 Form HN-01。若是個案已在其他醫院進行確認檢查，則將個案「就診科別」、「病歷號」、「主治醫師姓名」及「確認結果」記錄在 Form HN-01。

1.4.3 若個案家長仍不接收安排，則由協調員聯繫居住地所轄之衛生局協助，並轉介當地衛生局收案管理。

1.4.4 協調員將 Form HN-01 結案，副本傳真至原「專責轉介醫院」及「聽資中心」。

1.5 「聽資中心」收到 1.3.3 或 1.4.2 的 Form HN-01 回覆，將其追蹤結果輸入列印「聽篩不通過個案轉介其他醫院轉介單暨回函 (Form HR-01-1)」及空白的「聽力篩檢確認結果報告單 (Form HR-02)」，並以限時掛號寄給協調員。

1.6 協調員收到上述 (1.5) 信函，簽收 Form HR-01-1 並傳真給「聽資中心」。

1.6.1 個案居住在轄區內，將 Form HR-01-1 及 Form HR-02 轉交給個案居住所在地的「健康服務中心」或「衛生所」，由公衛護士交給家長並加以說明。公衛護士應持續追蹤個案的確認結果，並回報給協調員。

1.6.2 個案非居住在轄區內，則由協調員直接將表單 (Form HR-01-1 及 Form HR-02) 寄給個案家長，並透過電話加以說明。如在個案三個月大前仍無回收到 Form HR-02，協調員則應詢問家長最後確認知結果，並回報「聽資中心」。

2. 收到「聽篩未完成轉介公衛通知單」(Form HN-03)：

2.1 協調員簽收後，Form HN-03 傳真至「聽資中心」。

2.2 協調員建立追蹤轉介名冊並確認個案居住地。

2.3 居住轄區內者：

2.3.1 轉發 Form HN-03 至個案居住所在地的「健康服務中心」或「衛生所」，由公衛護士進行追蹤訪視，輔導個案家長帶個案回原接

生院所接受篩檢。

2.3.2 個案家長若不願或個案的現況不宜回原接生院所接受篩檢者，由公衛護士持續追蹤或協助安排至其他院所篩檢。公衛護士務必追蹤個案在其他院所的「聽力篩檢結果」及「篩檢日期」，並記錄於 Form HN-03。

2.3.3 追蹤多次仍不願接受聽力篩檢，公衛護士進行收案管理並列入兒童發展篩檢優先實施對象。

2.3.4 公衛護士將追蹤訪視結果紀錄於 Form HN-03 並回覆協調員。

2.3.5 協調員將 Form HN-03 結案，副本傳真至「聽資中心」。

2.4 非居住轄區內者：

2.4.1 協調員電話輔導個案家長帶個案回原接生院所接受篩檢。

2.4.2 個案家長若不願或個案的現況不宜回原接生院所接受篩檢，則由協調員視各地衛生局狀況聯繫居住所在地衛生局協助。

2.4.3 協調員將 Form HN-03 結案，副本傳真至「聽資中心」。

3. 收到「拒絕篩檢轉介公衛通知單」(Form HN-02)

3.1 協調員簽收後，Form HN-02 傳真至「聽資中心」。

3.2 協調員建立追蹤轉介名冊並確認個案居住地。

3.3 居住轄區內者：

3.3.1 轉發 Form HN-02 至個案居住所在地的「健康服務中心」或「衛生所」，公衛護士進行收案管理並列入兒童發展篩檢優先實施對象。

3.3.2 公衛護士將追蹤結果紀錄於 Form HN-02 並回覆協調員結案。

3.4 非居住轄區內或合作縣市者：協調員將 Form HN-02 結案。

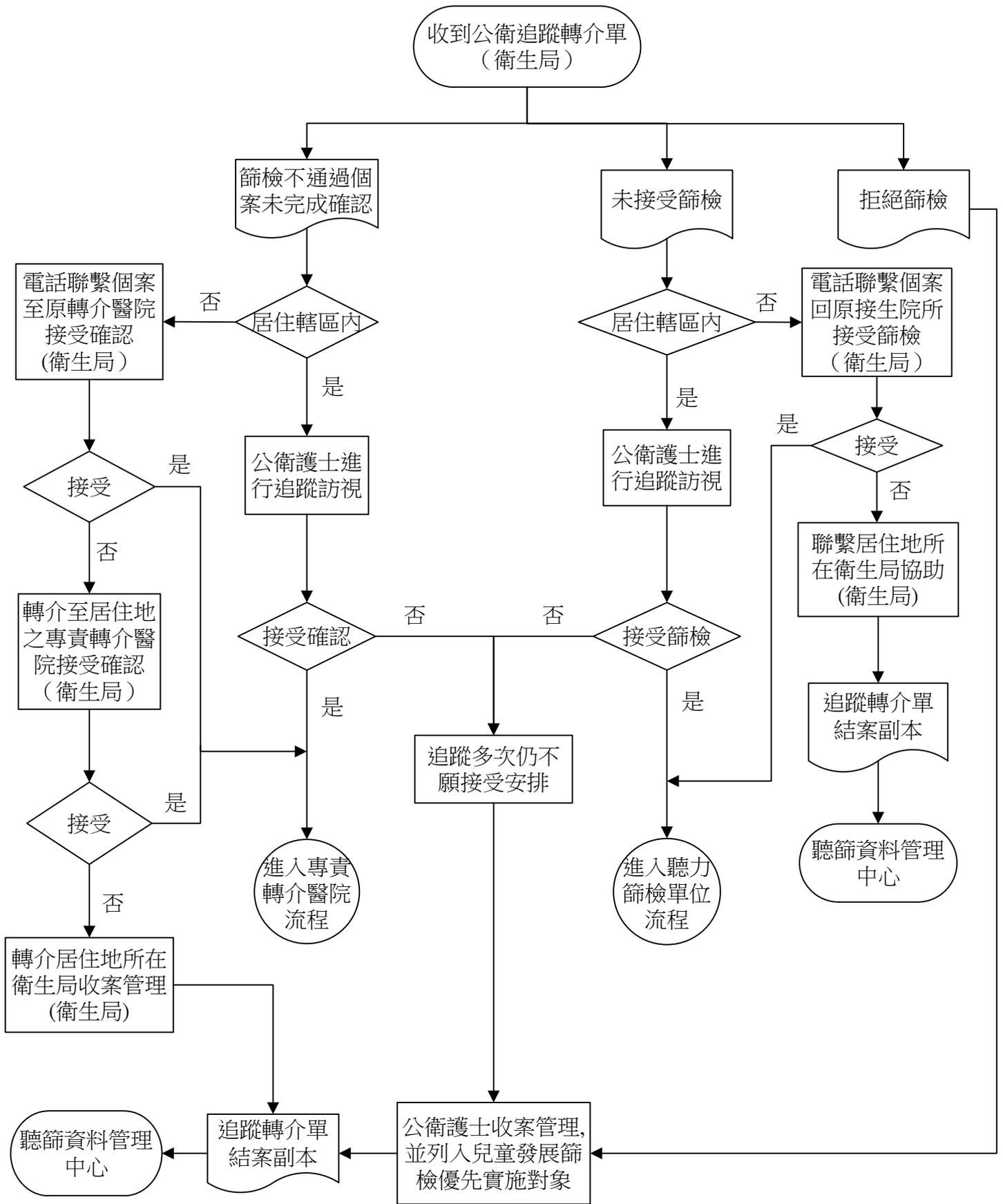
四、聽篩月結統計作業

衛生局協調員於次月 10 日登入「聽力篩檢資訊管理系統」，以出生

日期為結算基準，統計上個月新生兒聽力篩檢結果，製作「新生兒聽力篩檢篩檢結果統計表 (Form HD-13)」，以監偵各聽篩單位的聽篩執行比率。

五、新生兒聽力篩檢公衛追蹤轉介流程 (見下頁)

新生兒聽力篩檢公衛追蹤轉介流程



Flow-4.1

聽力篩檢資料管理中心作業系統

一、工作目標

1. 監偵整體新生兒聽力篩檢系統。
2. 協調支援各作業系統，於有效期間內，對「拒篩」、「未篩」、「未確認」、「未接受早期療育」個案完成追蹤衛教、篩檢、確認及治療。
3. 建立完整聽力篩檢資料庫，以利追蹤及效益評估等。

二、工作成員與職責

1. 主持人
督導系統正常運作。
2. 系統聯絡協調員
負責相關資料簽收、輸入、建檔，以及與其他系統的聯絡協調。
3. 系統維護工程人員
負責維護、更新網路資料庫。

三、作業程序

1. 「聽力篩檢」監偵作業
 - 1.1 監偵所有「聽篩單位」接生之新生兒（「拒篩」個案除外），均能在有效期間內完成篩檢。
 - 1.2 配合新生兒代謝疾病篩檢作業常規，登入「聽力篩檢資訊管理系統」（簡稱聽資系統），進行篩檢基本資料與血片檢體勾稽及資料核對。
 - 1.3 列印出二者間基本資料不一致或有一方沒有資料者之清冊。「聽資中心」聯絡「聽篩單位」對基本資料不一致者確認正確資料，沒有基本資料者則請「聽篩單位」盡快輸入篩檢基本資料。

- 1.4 配合新生兒代謝疾病篩檢報告作業常規，登入「聽資系統」，勾稽出該批個案中未完成聽力篩檢的個案，列印「聽篩未完成催促通知單」(Form HS-02)，並隨篩檢報告郵寄給「聽篩單位」。
- 1.5 定期 (每週一) 列印未完成聽篩名冊及催促通知單 (Form HS-02)，隨篩檢報告郵寄給「聽篩單位」。
- 1.6 協助轉介公衛追蹤「未完成」篩檢個案回院篩檢。
 - 1.6.1 收到聽篩單位回傳 Form HS-02 或「通知聽資中心轉介追蹤聽篩函」(Form HD-08)，登入「聽資系統」選擇表單內需轉介追蹤的個案檔並輸入需轉介原因。
 - 1.6.2 如個案為轉院至本計畫的聽篩單位，協調員建立該個案基本資料於該聽篩單位的院外個案檔案，列印「協助院外轉入個案聽篩通知函 (Form HS-04)」。Form HS-02 及 Form HD-08 存檔。
 - 1.6.3 傳真 Form HS-04 至聽篩單位，收到轉介單回函並登錄於聽資系統，完成轉介責任。Form HS-04 回函存檔。。
 - 1.6.4 如個案轉院至其他醫療院所或不配合原接生單位回院接受新生兒聽力篩檢，列印「未篩個案轉公衛通知單」(Form HN-03)。Form HS-02 及 Form HD-08 存檔。
 - 1.6.5 傳真 Form HN-03 至個案居住地所轄之衛生局，且務必確認收到轉介單回函並登錄於聽資系統，完成轉介責任。Form HN-03 回函存檔。
- 1.7 收到公衛系統協調員回覆 Form HN-03 追蹤結案，進入「聽資系統」輸入追蹤記錄並依內容處理程序如下：
 - 1.7.1 個案回原接生院所接受篩檢，聯絡聽篩單位協調員查詢該個案是否已完成篩檢。若已返院完成篩檢，則開放該個案基本資料檔案，請協調員將篩檢結果輸入。

1.7.2 個案如尚未報到，則請聽篩單位協調員聯絡個案家長預約返院篩檢時間，並傳真 Form HN-03 給聽篩單位協調員，必要時可直接聯絡「健康服務中心」或「衛生所」公衛護士協助追蹤。追蹤多次個案如仍不願接受聽力篩檢，則視同「拒篩」，「聽篩單位」通知「聽資中心」轉介公衛護士收案管理結案。

1.7.3 個案由公衛護士協助安排至其他院所篩檢。依公衛護士於 Form HN-03 的追蹤記錄，輸入「篩檢院所」、「聽力篩檢結果」及「篩檢日期」結案。追蹤多次仍不願接受聽力篩檢，則視同「拒篩」由公衛護士收案管理結案。

1.7.4 個案不居住在本計畫的推廣縣市，也不願回原接生院所接受篩檢，輸入追蹤記錄並結案。

1.8 協助轉介公衛追蹤「拒篩」個案

1.8.1 配合新生兒代謝疾病篩檢作業常規，登入「聽資系統」，列印「拒篩個案轉公衛通知單」(Form HN-02)。

1.8.2 傳真 Form HN-02 至衛生局，收到轉介單回函登錄後結案。
Form HN-02 回函存檔。

2. 篩檢「不通過」個案「確認」監偵作業

2.1 個案轉介確認作業

2.1.1 收到轉介單 (Form HR-01 或 Form HR-01-1) 副本時，核對電腦資料後存檔。將自動轉至「待轉介預約確認個案」資料檔。

2.1.2 定期 (每日) 列印 2 日前聽力篩檢結果「不通過」個案檔未輸入「預約轉介醫院」、「確認預約日期及時間」及「報到地點」之名冊。如發現有個案未被轉介確認，則電話聯絡「聽篩單位」立即補行轉介確認或補登錄資料。

2.1.3 收到轉介醫院協調員之簽收回函 (Form HR-01) 或公衛協調員

簽收回函 (Form HR-01-1)，登錄回函收到日期及核對資料。

Form HR-01 及 Form HR-01-1 簽收回函存檔。

2.1.4 定期 (每週一) 自動列印 「確認轉介單回函未收到名冊」
(Form HD-01)。

2.1.4.1 個案轉介至「專責轉介醫院」，電話聯絡「轉介醫院」
確認個案預約確認轉介事項，若轉介醫院確已收到轉介
單 (Form HR-01)，請再次傳真至聽篩中心。轉介醫院
若未收到轉介單，聯絡聽篩單位再次進行轉介事宜。

2.1.4.2 個案轉介至「非專責轉介醫院」，電話聯絡「公衛系統
協調員」確認個案已列入追蹤。若公衛系統協調員已收
到轉介單 (Form HR-01-1)，請再次傳真至聽篩中心。
公衛系統若未收到轉介單，聯絡聽篩單位再次進行轉介
事宜。

2.2 轉介至專責轉介醫院之個案確認報到作業

2.2.1 定期 (每 2 週) 核對「已達預約確認日期兩週後之個案」與「已
報到接受確認個案的記錄」(OAE 及 aABR 兩項檢查結果及其
其他相關資料之輸入)，自動列印 「確認未報到名冊」(Form
HD-02)。電話聯絡轉介醫院，確認個案就診概況 (包括是否已
轉介公衛追蹤)。

2.2.2 如個案更改確認報到日期，登錄變更的「預約確認日期」，再進
入定期核對報到作業。

2.2.3 收到轉介醫院傳真來的「確認未回轉公衛通知單」(Form
HN-01) 副本，登錄收到日期，列入公衛追蹤監偵作業。

2.3 確認結果報告監偵作業

2.3.1 收到轉介醫院傳真或公衛系統寄回的 「確認結果報告單」
(Form HR-02)，登錄收到日期。檢查確認報告資料完整性及核

對電腦資料，做必要之處理後存檔；確認異常個案資料則轉至早期療育監偵系統。

2.3.2 定期 (每 2 週) 列印個案 2 個月大「確認結果報告單未收到名冊」(Form HD-03)。

2.3.3 列印上述名冊的「確認結果報告單未收到催促通知單」(Form HR-03)，傳真通知轉介醫院。或「轉介非專責轉介醫院確認結果報告單未收到催促通知單」(Form HN-04) 傳真通知公衛系統協調員。

2.3.4 收到轉介醫院協調員之簽收回函 (Form HR-03) 或公衛協調員簽收回函 (Form HN-04)，登錄回函收到日期，再進入定期 (每 2 週) 確認結果監偵作業。Form HR-03 及 Form HN-04 簽收回函存檔。

3. 公衛追蹤監偵作業

3.1 監偵「未篩個案轉公衛通知單」(Form HN-03) 簽收及登錄追蹤結果。

3.2 監偵「拒篩個案轉公衛通知單」(Form HN-02) 簽收。

3.3 監偵「聽篩不通過個案轉介其他醫院轉介單」(Form HR-01-1) 簽收及登錄「確認結果報告單」(Form HR-02)。

3.4 監偵「確認未回轉公衛通知單」(Form HN-01) 簽收及登錄追蹤結果。

3.5 監偵「轉介非專責轉介醫院確認結果報告單未收到催促通知單」(Form HN-04) 簽收及登錄「確認結果報告單」(Form HR-02)。

4. 早期療育轉介監偵作業

4.1 定期檢查確認異常結果個案資料已輸入「早期療育機構」、「預約日期及時間」、「聯絡人」及其他相關資料。如發現有個案未被轉介早療，則電話聯絡「專責轉介醫院」立即補行轉介早療或補登錄資料。

4.2 收到早療通報單位簽收回函 (Form HT-01)，登錄回函收到日期，

Form HT-01 簽收回函存檔。

- 4.3 定期檢查個案「開始早療日期」，列印個案預約早期療育日期 2 週後「早療未報到名冊」(Form HD-04)，並列印「早療未報到通知單」(Form HT-02)，傳真通知「早期療育通報單位」。
- 4.4 收到早療通報單位簽收回函 (Form HT-02)，登錄回函收到日期，再進入定期 (每 2 週) 早療轉介監偵作業，Form HT-02 簽收回函存檔。
- 4.5 定時監偵早期療育個案各階段評估結果
 - 4.5.1 於個案年齡 9 個月、12 個月、18 個月、2 歲、3 歲、4 歲、5 歲及 6 歲後一個月，列印「早療未報到名冊」(Form HD-04) 及「早療未報到通知單」(Form HT-02)，傳真通知「早期療育通報單位」。
 - 4.5.2 收到早療通報單位簽收回函 (Form HT-02)，登錄回函收到日期，再進入定期早療監偵作業，Form HT-02 簽收回函存檔。

四、統計作業

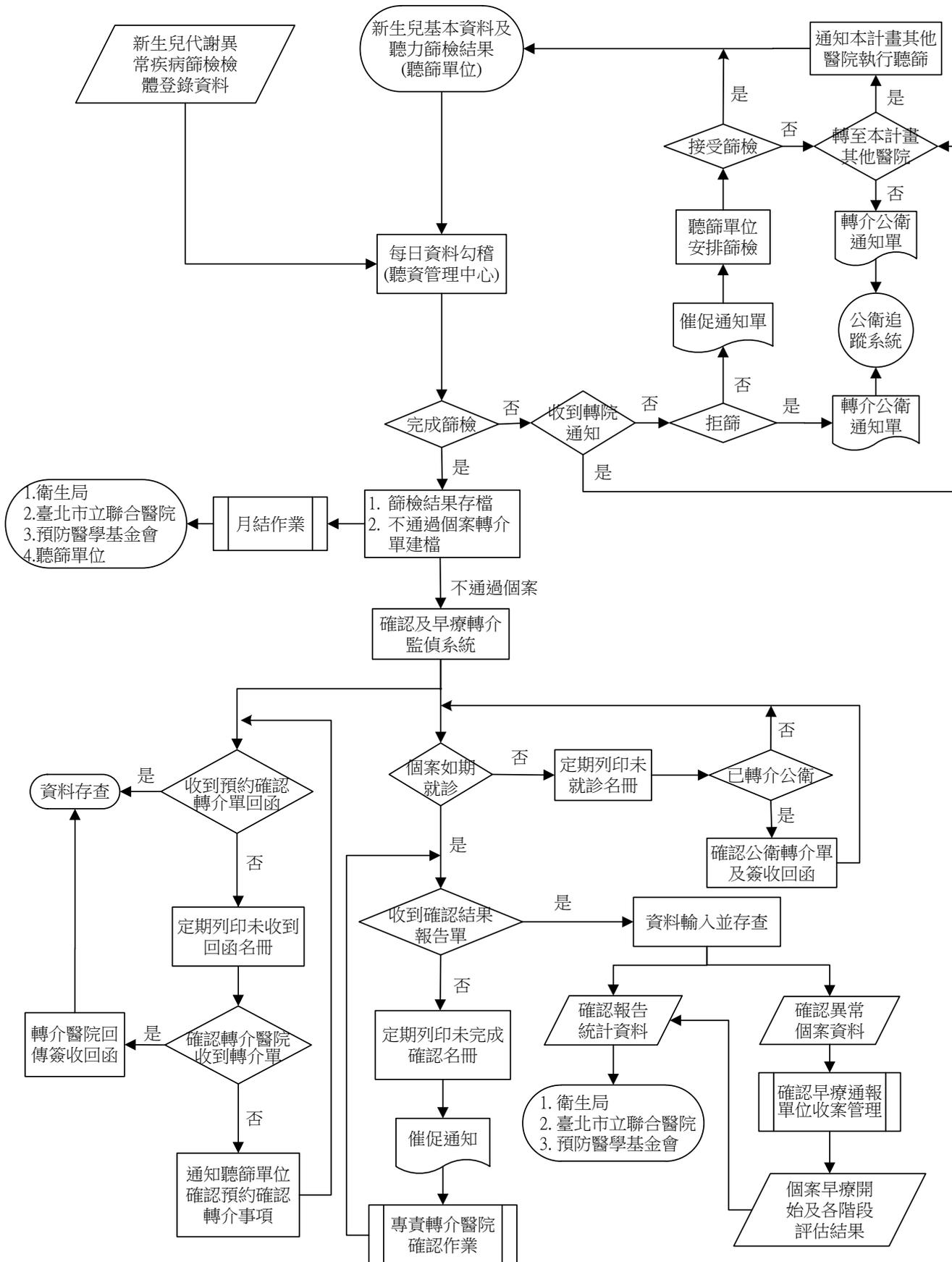
1. 每月初製作上個月「新生兒聽力篩檢人數統計明細表」(Form HD-11) 及「新生兒聽力篩檢作業時效統計表 (Form HD-06-1)」，提供相關單位結算及評估篩檢作業時效。
2. 定時 (至少每一季) 製作「新生兒聽力篩檢轉介個案確認結果統計表 (Form HD-07)」、「新生兒聽力篩檢確認診斷時效統計表 (Form HD-06-2)」及「新生兒篩檢聽損確認個案早期療育時效統計表 (Form HD-06-3)」，提供相關單位評估篩檢成果。

五、資料庫安全維護

1. 帳號及密碼的核發與維護
2. 各級網路使用權限設定

六、新生兒聽力篩檢資料管理中心作業流程（見下一頁）

新生兒聽力篩檢資料管理中心作業流程



其他單位作業系統

一、聽力篩檢服務單位

1. 工作目標：

接受聽力篩檢單位（簡稱聽篩單位）的委託，在有效作業期間內，完成責任範圍內「每一個」出生的新生兒聽力篩檢。

2. 工作成員與職責

2.1 主持人

督導系統正常運作。

2.2 聯絡協調員

2.2.1 負責與聽篩單位聯絡，安排聽力篩檢人員前往聽篩單位執行新生兒聽力篩檢。

2.2.2 負責與其他作業系統或單位聯絡及協調相關事項。

2.3 聽力篩檢人員

2.3.1 依據「聽篩單位」篩檢名冊，進行 aABR 聽力檢查。

2.3.2 提供聽力篩檢報告給聽篩單位。

3. 作業程序

3.1 協調員收到聽篩單位傳真的篩檢名冊（Form HS-01），依名冊內新生兒的出生日期安排聽力篩檢人員至聽篩中心執行聽力篩檢。

3.2 篩檢時機為新生兒出生後 24 至 36 小時，進行第一次 aABR 篩檢。第一次篩檢結果為「不通過」，則於新生兒出生後 36 至 60 小時，再進行第二次 aABR 篩檢。

- 3.3 協調員聯絡聽力篩檢人員依照上述步驟的篩檢時機進行篩檢，完成篩檢後由聽力篩檢人員提供書面「篩檢報告」給「聽篩單位」協調員。
- 3.4 對於未能於出院前完成篩檢的個案（提早出院或其他原因），則依聽篩單位的通知為返院個案（個案一個月大內）完成聽力篩檢。

二、遺傳諮詢單位

1. 工作目標：

- 1.1 提供「初步聽力確認檢查（aABR 或 OAE）不通過個案」的血液遺傳學檢查，協助個案的確認診斷。
- 1.2 提供「聽力確認檢查異常個案」的遺傳諮詢服務。

2. 工作成員與職責

2.1 主持人

督導系統正常運作。

2.2 聯絡協調員

- 2.2.1 安排收取「初步聽力確認檢查不通過個案」的血液遺傳學檢查的檢體。
- 2.2.2 轉發檢體給遺傳學檢查單位，追蹤檢查結果報告並寄發報告給送檢的專責轉介醫院。
- 2.2.3 負責「聽力確認異常」個案的聯絡、報到與建檔管理，並且協調院內各有關人員，使能順利進行遺傳諮詢。

2.3 小兒遺傳專科醫師

提供「聽力確認異常」個案遺傳諮詢服務。

2.4 遺傳學檢驗人員

採集處理各類檢體，作必要的檢驗，或轉送代檢單位。

3. 作業程序

3.1 血液遺傳學檢查

3.1.1 協調員收到「專責轉介醫院協調員」檢體收取通知，與該協調員確認檢體種類（無菌採集 2 ml 抗凝劑 EDTA 及 2 ml 抗凝劑 Heparin 全血）及送檢相關文件（Form HG-01、Form HG-02）。

3.1.2 立即安排快遞至專責轉介醫院取件，聯絡轉介醫院協調員告知取件時間並提醒該協調員「室溫運送」檢體，且在檢體取件前務必將檢體保存在「室溫」中，「不可」冷凍或冷藏。

3.1.2 收到檢體，檢體收件登錄後將檢體轉發給各檢驗單位，依檢驗時效追蹤檢驗報告。

3.1.3 收到檢驗報告，檢驗結果登錄後將報告寄給「專責轉介醫院協調員」，影印副本存檔。

3.2 遺傳諮詢服務

3.2.1 協調員提供「聽力確認異常個案」的預約日期（個案六個月大以內）及地點給「專責轉介醫院協調員」。

3.2.2 協調員收到專責轉介醫院「新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單」（Form HG-03）及「新生兒聽力篩檢確認結果報告單」（Form HR-02）。

3.2.3 協調員協助個案預約掛號並協調小兒遺傳專科醫師於個案報到日提供遺傳諮詢服務。

3.2.4 個案若未依約就診，立即以電話聯絡個案家屬，另行預定下次遺傳諮詢時間。

新生兒聽力篩檢作業相關表單

使用單位	表單名稱	表單編號	備註
聽篩單位	新生兒聽力篩檢名冊	HS-01.1	聽篩單位
	新生兒聽力篩檢名冊 (院外轉入個案)	HS-01-1.1	聽篩單位
	新生兒聽力篩檢衛教單暨不同意書 (臺北市聽篩單位)	HC-01.1	聽篩單位→家長,「不同意書」聽篩單位存檔
	新生兒聽力篩檢衛教單暨同意書 (新北市聽篩單位)	HC-01-1	聽篩單位→家長,「同意書」聽篩單位存檔
	聽力篩檢結果貼紙 / 印章	HS-03.1	聽篩單位→兒童健康手冊→家長
	聽篩確認轉介單暨回函	HR-01.1	聽篩單位→轉介醫院→回函→聽篩單位,聽資中心
	聽篩不通過個案轉介其他醫院轉介單暨回函	HR-01-1.1	聽篩單位→其他確認醫院→公衛系統→回函→聽篩單位,聽資中心
	新生兒聽力篩檢不通過衛教單	HC-02.1	聽篩單位→家長
	通知聽資中心轉介追蹤聽篩信函	HD-08.1	聽篩單位→聽資中心→公衛系統或其他計畫內聽篩單位
	新生兒聽力篩檢結算名冊	HD-05.4	聽篩單位→聽篩服務費撥附單位
	新生兒聽力篩檢人數統計分表	HD-12.2	聽篩單位→聽篩服務費撥附單位
專責轉介醫院	確認結果報告單	HR-02.3	轉介醫院→聽資中心,聽篩單位,遺傳諮詢單位
	確認未回轉公衛通知單	HN-01.2	轉介醫院→公衛→回函→轉介醫院,聽資中心
	早期療育轉介單暨回函	HT-01.1	轉介醫院→早期療育單位,早療通報單位,聽資中心→回函→轉介醫院,聽資中心
	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單	HG-01.1	轉介醫院→遺傳學檢查單位
	聽障血液遺傳學檢體採集同意書	HG-02.2	轉介醫院→遺傳學檢查單位,家長及轉介醫院各留底一份
	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單	HG-03.1	轉介醫院→遺傳諮詢單位
早期療育	早期療育評估結果報告單	HT-03	早療通報單位→聽資中心

使用單位	表單名稱	表單編號	備註
聽資中心管理、監偵、結算作業、統計作業	聽篩未完成催促通知單	HS-02.1	聽資中心→聽篩單位→回函→聽資中心
	協助院外轉入個案聽篩通知函	HS-04	聽資中心→聽篩單位→回函→聽資中心
	拒篩個案轉公衛通知單	HN-02.1	聽資中心→公衛→回函→聽資中心
	未篩個案轉公衛通知單	HN-03.1	聽資中心→公衛→回函→聽資中心
	確認轉介單回函未收到名冊	HD-01.1	聽資中心存檔
	確認未報到名冊	HD-02.1	聽資中心存檔
	確認結果報告單未收到名冊	HD-03.1	聽資中心存檔
	確認報告單未收到催促通知單	HR-03.1	聽資中心→轉介醫院→回函→聽資中心
	轉介非專責轉介醫院確認報告單未收到催促通知單	HN-04	聽資中心→公衛→回函→聽資中心
	早療未報到名冊	HD-04.1	聽資中心存檔
	早療未報到催促通知單	HT-02.1	聽資中心→早療通報單位→回函→聽資中心
	聽力篩檢時效統計表	HD-06-1.1	
	聽篩確認診斷時效統計表	HD-06-2.1	
	聽損確認個案早療時效統計表	HD-06-3.1	
	聽篩轉介個案確認結果統計表	HD-07.2	
	聽力篩檢資訊系統帳號申請書	HD-09.1	
	聽力篩檢資訊系統資料變更申請書	HD-10.1	
	新生兒聽力篩檢人數統計表	HD-11.2	
	新生兒聽力篩檢結果統計表	HD-13.1	

聽力篩檢的重要性

身心健康的孩子是家庭歡樂的泉源，若家裡有先天聽障的孩子，不僅會影響其未來的智能及語言發展，且會帶給家庭、社會無比沉重的負擔。根據研究顯示，每 1,000 位新生兒中，患有先天性雙側重度聽力損失者約有 1~2 位；亦即，每 500 名新生兒中，就有 1 位需配戴助聽器或其他聽能輔具的雙耳失聰者。先天性聽力障礙的寶寶若能透過新生兒聽力篩檢及早發現，及早接受妥善、適切的療育，能使其在溝通、認知、閱讀及社會情緒等方面，發展到最好的程度，得到最好的學習機會，發揮最大的潛能。

聽力篩檢的時機及方法

新生兒聽力篩檢是以自動聽性腦幹反應儀 (aABR) 進行檢測，其特點為寶寶出生即可接受檢查。聽力篩檢執行人員會在寶寶出生 24 小時~60 小時內為寶寶進行聽力篩檢，檢查方式為：在頭皮貼上三個感應導極，經由耳機放出滴答聲音，再由導極接收寶寶對聲音的腦波反應，約 20~25 分鐘可完成。此項檢查並無侵入性，所以您無須擔心寶寶會受到傷害或感

到不適，篩檢結果也會於出院當日得知。

需注意事項

新生兒聽力篩檢不同於完整的聽力檢查，其準確度無法達百分之百，若寶寶通過篩檢，表示其目前聽力與一般聽力正常者相同，但並不代表終生不會有聽力問題，仍需留意可能造成聽力受損的因素，建議家長務必持續觀察寶寶每個成長階段的聽語能力發展。無論您的寶寶未接受或通過聽力篩檢，您均應該從日常生活來觀察嬰幼兒的行為，留意孩子的聽力及語言發展。

背頁為一份「簡易居家聽力語言行為評量表」，供您參考。若懷疑孩子的聽力或語言發展有問題時，請立刻帶至相關聽力單位接受檢查。聽力損失若能及早被發現，及早得到療育，您的孩子仍然有機會可以聽得好，說得清楚！

評量表僅提供家長參考，無法取代專業的聽力檢查，若您有任何疑問，請洽詢臺北市民當家熱線 1999。

法定代理人聲明：經由醫護人員充分地告知說明後，本人已完全明瞭聽力篩檢的內容、目的及疾病之嚴重性，但我仍 **不願意** 讓我的寶寶接受新生兒聽力篩檢。

親姓名：_____

母親身份證字號：_____

法定代理人簽名：_____

身份證字號：_____

日期：_____年____月____日

簡易居家聽力語言行為評量表

<p>出生至二個月</p> <p><input type="checkbox"/> 巨大聲音(如:用力拍手或大力關門聲音)有驚嚇反應或哭鬧。</p> <p><input type="checkbox"/> 對熟悉的語音有反應。</p> <p><input type="checkbox"/> 對較大的環境噪音感到興趣(如:吸塵器)。</p>
<p>三個月至六個月</p> <p><input type="checkbox"/> 會聽到您的聲音，即使看不到您。</p> <p><input type="checkbox"/> 對一些環境噪音有興趣(如:父母進門聲、狗叫聲、洗澡水聲、收音機聲、電視聲)。</p> <p><input type="checkbox"/> 聽見聲音會轉頭。</p> <p><input type="checkbox"/> 對發出聲音的玩具有興趣。</p>
<p>七個月至十二個月</p> <p><input type="checkbox"/> 開始牙牙學語(如：ㄇㄚ、ㄣㄚ、ㄉㄚ)。</p> <p><input type="checkbox"/> 對音樂及唱歌會專心聽。</p> <p><input type="checkbox"/> 開始會去注意聲音的來源。</p> <p><input type="checkbox"/> 可以了解「自己名字」，及「不要」和「ㄅㄛㄅㄛ」的意思。</p> <p><input type="checkbox"/> 對大的聲音會將頭轉向聲音的方向。</p> <p><input type="checkbox"/> 可以說簡單的兩三個詞彙。</p>
<p>一歲至二歲</p> <p><input type="checkbox"/> 可以遵從簡單的指令(如：給我、過來)。</p> <p><input type="checkbox"/> 對任何方向的聲音能夠轉頭尋找聲源。</p> <p><input type="checkbox"/> 能跟您說他(她)想要的東西。</p> <p><input type="checkbox"/> 重述您說話的某些字。</p> <p><input type="checkbox"/> 可以說一些簡單言語(如:哥哥、吃一口、洗澡、不要...)</p> <p><input type="checkbox"/> 可分辨環境中的聲音。</p> <p><input type="checkbox"/> 有 20 個以上的辭彙量。</p>

資料來源： 1. Jerry L. Northern, Marion P. Downs, Hearing in Children, 5th edition
2. 行政院衛生署國民健康局網站及兒童健康手冊

新生兒聽力篩檢

隨時關心孩子聽語發展
把握語言學習黃金時期

臺北市政府衛生局關心您

臺北市政府衛生局
財團法人預防醫學基金會
中華社會福利聯合勸募協會
臺灣聽力語言學會

聽力篩檢的重要性

身心健康的孩子是家庭歡樂的泉源，若家裡有先天聽障的孩子，不僅會影響其未來的智能及語言發展，且會帶給家庭、社會無比沉重的負擔。根據研究顯示，每 1,000 位新生兒中，患有先天性雙側重度聽力損失者約有 1~2 位；亦即，每 500 名新生兒中，就有 1 位需配戴助聽器或其他聽能輔具的雙耳失聰者。先天性聽力障礙的寶寶若能透過新生兒聽力篩檢及早發現，及早接受妥善、適切的療育，能使其在溝通、認知、閱讀及社會情緒等方面，發展到最好的程度，得到最好的學習機會，發揮最大的潛能。

聽力篩檢的時機及方法

新生兒聽力篩檢是以自動聽性腦幹反應儀 (aABR) 進行檢測，其特點為寶寶出生即可接受檢查。聽力篩檢執行人員會在寶寶出生 24 小時~60 小時內為寶寶進行聽力篩檢，檢查方式為：在頭皮貼上三個感應導極，經由耳機放出滴答聲音，再由導極接收寶寶對聲音的腦波反應，約 20~25 分鐘可完成。此項檢查並無侵入性，所以您無須擔心寶寶會受到傷害或感

到不適，篩檢結果也會於出院當日得知。

需注意事項

新生兒聽力篩檢不同於完整的聽力檢查，其準確度無法達百分之百，若寶寶通過篩檢，表示其目前聽力與一般聽力正常者相同，但並不代表終生不會有聽力問題，仍需留意可能造成聽力受損的因素，建議家長務必持續觀察寶寶每個成長階段的聽語能力發展。無論您的寶寶未接受或通過聽力篩檢，您均應該從日常生活來觀察嬰幼兒的行為，留意孩子的聽力及語言發展。

背頁為一份「簡易居家聽力語言行為評量表」，供您參考。若懷疑孩子的聽力或語言發展有問題時，請立刻帶至相關聽力單位接受檢查。聽力損失若能及早被發現，及早得到療育，您的孩子仍然有機會可以聽得好，說得清楚！

評量表僅提供家長參考，無法取代專業的聽力檢查，若您有任何疑問，請洽詢新北市民熱線 1999。

清台畫桌戲下

法定代理人聲明：經由醫護人員充分地告知說明後，本人已完全明瞭聽力篩檢的內容、目的及疾病之重要性。

我 **願意** 讓我的寶寶接受新生兒聽力篩檢。

我 **不願意** 讓我的寶寶接受新生兒聽力篩檢。

母親姓名：_____

法定代理人簽名：_____

身份證字號或居留證號：_____

日期：_____年____月____日

新生兒聽力篩檢結果

篩檢日期：_____年____月____日

篩檢單位：_____

aABR 篩檢結果

右耳：通過 不通過

左耳：通過 不通過

簡易居家聽力語言行為評量表

<p>出生至 2 個月</p> <p><input type="checkbox"/> 巨大聲音(如:用力拍手或大力關門聲音)有驚嚇反應或哭鬧。</p> <p><input type="checkbox"/> 對熟悉的語音有反應。</p> <p><input type="checkbox"/> 對較大的環境噪音感到興趣(如:吸塵器)。</p>
<p>3 個月至 6 個月</p> <p><input type="checkbox"/> 會聽到您的聲音，即使看不到您。</p> <p><input type="checkbox"/> 對一些環境噪音有興趣(如:父母進門聲、狗叫聲、洗澡水聲、收音機聲、電視聲)。</p> <p><input type="checkbox"/> 聽見聲音會轉頭。</p> <p><input type="checkbox"/> 對發出聲音的玩具有興趣。</p>
<p>7 個月至 12 個月</p> <p><input type="checkbox"/> 開始牙牙學語(如：ㄇㄚ、ㄣㄚ、ㄉㄚ)。</p> <p><input type="checkbox"/> 對音樂及唱歌會專心聽。</p> <p><input type="checkbox"/> 開始會去注意聲音的來源。</p> <p><input type="checkbox"/> 可以了解「自己名字」，及「不要」和「ㄅㄛㄅㄛ」的意思。</p> <p><input type="checkbox"/> 對大的聲音會將頭轉向聲音的方向。</p> <p><input type="checkbox"/> 可以說簡單的兩三個詞彙。</p>
<p>1 歲至 2 歲</p> <p><input type="checkbox"/> 可以遵從簡單的指令(如：給我、過來)。</p> <p><input type="checkbox"/> 對任何方向的聲音能夠轉頭尋找聲源。</p> <p><input type="checkbox"/> 能跟您說他(她)想要的東西。</p> <p><input type="checkbox"/> 重述您說話的某些字。</p> <p><input type="checkbox"/> 可以說一些簡單言語(如:哥哥、吃一口、洗澡、不要...)</p> <p><input type="checkbox"/> 可分辨環境中的聲音。</p> <p><input type="checkbox"/> 有 20 個以上的辭彙量。</p>

資料來源： 1. Jerry L. Northern, Marion P. Downs, Hearing in Children, 5th edition
2. 行政院衛生署國民健康局網站及兒童健康手冊

新生兒聽力篩檢

關心孩子的聽語發展
把握語言學習關鍵期

新北市政府衛生局 關心您

新北市政府衛生局
財團法人預防醫學基金會
中華社會福利聯合勸募協會
臺灣聽力語言學會

新生兒聽力篩檢不通過個案衛教指導單

親愛的家長：

您寶寶的新生兒聽力篩檢結果為「不通過」，並非代表寶寶的聽力一定有問題，只是寶寶必須再接受進一步聽力檢查，才能排除或確認有聽力的損失，請家長無須驚慌或是過度擔心。因為此階段聽力篩檢「不通過」除了表示寶寶有先天聽力損失的危險性較一般新生兒高以外，也很可能是下列的原因造成「不通過」結果：

- 一、 新生兒受檢時的條件不佳，如：哭鬧不安、環境吵鬧。
- 二、 外耳道內殘存的羊水或胎脂仍未完全乾燥。
- 三、 生理性噪音，如：呼吸聲音、肌肉緊張等。

上述狀況通常在滿月時會逐漸獲得改善，但請您務必依「新生兒聽力篩檢確認轉介單」內預約確認的日期，帶著您的寶寶前往到專責轉介醫院接受進一步聽力及其他相關確認檢查。如您因事不能按時前往，請您務必與專責轉介醫院聯絡人聯繫，另行安排報到時間。

在此同時，也請您在家自行觀察寶寶對周遭環境聲音的察覺與反應 [巨大聲音(如拍手或關門聲音)會令其跳起來或眨眼睛，對環境的噪音會感到興趣 (如:吸塵器)]，以提供醫師主觀的觀察訊息。聽力損失若能及早被發現，及早得到治療，您的孩子仍然可以聽得好，說得清楚！您若有任何疑問，請洽詢臺北市民當家熱線 1999 或 新北市市民熱線 1999。

新生兒聽力篩檢預約確認轉介單回函未收到名冊

列印日期：____年____月____日

專責轉介醫院：

接生單位（代碼）	個案姓名	母親身份證號	出生日期	電	話	聽篩日期	預約確認日期	備	註
----------	------	--------	------	---	---	------	--------	---	---

審核者簽名：_____

新生兒聽力篩檢不通過個案未報到確認名冊

列印日期：____年 ____月____日

專責轉介醫院：

接生單位(代碼)	個案姓名	母親身份證號	出生日期	聽篩日期	確認轉介單 回函日期	預約確認 日期	轉介公衛 日期	公衛轉介單 回函日期	備	註
----------	------	--------	------	------	---------------	------------	------------	---------------	---	---

審核者簽名：_____

新生兒聽力篩檢確認報告單未收到名冊

列印日期：____年____月____日

專責轉介醫院：

接生單位（代碼）	個案姓名	母親身份證號	出生日期	電	話	聽篩日期	確認轉介單	確認報到	轉介公衛	備	註
						回函日期	日期	日期			

審核者簽名：_____

新生兒聽力篩檢未報到早療名單

列印日期：____年____月____日

個案姓名	母親身份證號	出生日期	電	話	地	址	轉介醫院	轉介早療日期	早期療育單位	未報到早療年齡
------	--------	------	---	---	---	---	------	--------	--------	---------

* 未開始早療：0

未報到早療評估：9 個月、12 個月、18 個月、24 個月、36 個月、48 個月、72 個月、四歲、五歲、六歲 (年齡)

審核者簽名：_____

新生兒聽力篩檢名冊

XX 日期：____年____月____日 ~ ____年____月____日

統計日期：_____

醫院（診所）名稱（代碼）：_____（_____）

頁次： /

序號	建檔日期	個案姓名	個案 病歷號	母親 身分證號	電 話	出生 日期	戶籍	第一次		第二次		篩檢 結果	轉介單位	轉介日期	通知轉介 公衛日期	備註
								聽篩日期	篩檢結果	聽篩日期	篩檢結果					

林 xx 之女 -- A2xxxx1234 --

-- -- -- --

合計：_____

結案人數/未結案人數：_____

通過人數/不通過人數/拒篩人數：_____

篩檢人數(篩檢率)：_____ (_____)

本單位篩檢數/其他單位篩檢數：_____

戶籍統計：

縣市	臺北市	新北市	基隆市	桃園縣	新竹縣	新竹市	苗栗縣	臺中市	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	嘉義市	臺南市	高雄市	屏東縣	宜蘭縣	花蓮縣	臺東縣	澎湖縣	金門縣	連江縣 馬祖	外籍	
個案數																								
比率																								

經辦人核章：_____

機關首長核章：_____

新生兒聽力篩檢名冊

XX 日期：___年___月___日 ~ ___年___月___日

統計日期：_____

醫院（診所）名稱（代碼）：_____（ ） **院外轉入個案**

頁次： /

序號	建檔日期	個案姓名	個案 病歷號	母親 身分證號	電 話	出生 日期	戶籍	第一次		第二次		篩檢 結果	轉介單位	轉介日期	通知轉介 公衛日期	備註
								聽篩日期	篩檢結果	聽篩日期	篩檢結果					

		林 xx 之女	--	A2xxxx1234	--								--	--	--	--
--	--	---------	----	------------	----	--	--	--	--	--	--	--	----	----	----	----

合計：_____

結案人數/未結案人數： _____ 通過人數/不通過人數/拒篩人數： _____

篩檢人數(篩檢率)： _____ (_____)

戶籍統計：

縣市	臺北市	新北市	基隆市	桃園縣	新竹縣	新竹市	苗栗縣	臺中市	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	嘉義市	臺南市	高雄市	屏東縣	宜蘭縣	花蓮縣	臺東縣	澎湖縣	金門縣	連江縣 馬祖	外籍	
個案數																								
比率																								

經辦人核章：_____

機關首長核章：_____

新生兒聽力篩檢時效統計表

XX 日期：__年__月__日~__年__月__日

統計日期：_____

頁次： /

聽篩單位	個案人數			個案建檔年齡 人數 (比率 ¹)			完成聽篩個案年齡 人數 (比率 ²)				轉介個案年齡 人數 (比率 ³)			
	建檔數	篩檢數	轉介數	<1 天	1-2 天	>2 天	<3 天	3-7 天	8-30 天	>30 天	<3 天	3-7 天	8-30 天	>30 天
合計														

- 1：人數 / 建檔數
- 2：人數 / 篩檢數
- 3：人數 / 轉介數

新生兒聽力篩檢確認診斷時效統計表

XX 日期：__年__月__日 ~ __年__月__日

統計日期：_____

頁次： /

專責轉介 醫院	接受轉介確診個案數				初步確認年齡 人數 (比率 ¹)				需確 診數	拒絕 確診數	完成確認年齡 人數 (比率 ²)				確認 異常數	拒絕 早療數	轉介早療年齡 人數 (比率 ³)			
	已報到	待報到	未報到	拒絕	小計	<2 月	2-3 月	4-5 月			≥6 月	<2 月	2-3 月	4-5 月			≥ 6 月	<2 月	2-3 月	4-5 月
HR-01 臺北婦幼																				
HR-02 臺北馬偕																				
HR-03 振興醫院																				
HR-04 臺大醫院																				
HR-05 臺北榮總																				
HR-06 三軍總醫院																				
HR-07 新店耕莘																				
HR-08 臺北慈濟																				
HR-09 雙和醫院																				
HR-10 亞東醫院																				
其 他																				
合計																				

聽篩總人數：

- 1：人數 / 已報到轉介個案數
- 2：人數 / 需確診數
- 3：人數 / 確認異常數
- 4：人數 / 確認異常數

新生兒篩檢聽損確認個案早期療育時效統計表

XX 日期：__年__月__日 ~ __年__月__日

統計日期：_____

頁次： /

早療單位	接受轉介早療個案數					療育報到年齡 人數 (比率*)				開始接受療育年齡 人數 (比率*)			
	已報到	待報到	未報到	拒絕	小計	< 2 月	2-3 月	4-5 月	≥ 6 月	1-2 月	2-3 月	4-5 月	≥ 6 月
HT-01 市醫婦幼													
HT-02 婦 聯													
HT-03 雅 文													
其 他													
合計													

總篩檢人數：

*人數 / 已報到轉介早療個案數

新生兒聽力篩檢轉介個案確認結果統計表

XX 日期：__年__月__日~ __年__月__日

統計日期：_____

頁次： /

專責轉介醫院	接受 轉介數	個案報到結果				初步確認結果		確認結果							
		已報到 (%) ¹	未報到 (%) ²	待報到 (%) ³	拒絕 (%) ⁴	通過 (%) ⁵	不通過 (%) ⁶	無異常	雙側 異常	單側 異常	其他	確認中	公衛 追蹤	拒絕	
HR-01 臺北婦幼															
HR-02 臺北馬偕															
HR-03 振興醫院															
HR-04 臺大醫院															
HR-05 臺北榮總															
HR-06 三軍總醫院															
HR-07 新店耕莘															
HR-08 臺北慈濟															
HR-09 雙和醫院															
HR-10 亞東醫院															
其他															
合計															

總篩檢數：

1. 已報到數/轉介數
2. 未報到數/轉介數
3. 待報到數/轉介數
4. 拒絕數/轉介數
5. 通過數/已報到數
6. 不通過數/已報到數

通知日期：_____

通 知 函

敬啟者：您好！

下列個案為本院(所)出生之新生兒，但個案因：

出院前未完成聽力篩檢，經電話聯絡後家長仍不願讓個案返回院(所)接受篩檢。

已轉院至 _____ 醫院 _____ 科，尚未完成聽力篩檢。

敬請 貴中心協助轉介公衛追蹤，通知家長與本院電話聯絡，預約返院接受聽力篩檢的時間，或安排該個案於該院完成聽力篩檢，謝謝您的協助！

聽力篩檢單位(代碼)：_____ ()

協 調 員：_____

電話：_____

傳真：_____

個案姓名：_____ 母親身分證字號：_____

個案出生日期：_____年_____月_____日；聽篩序號：_____

電話：_____ 地址：_____

聽力篩檢資料管理中心簽收單

協調員簽名_____：簽收日期：_____年_____月_____日

* 通知單簽收後請回傳聽力篩檢單位

Form HD-08.1

申請
停用 註銷

新生兒聽力篩檢資訊系統帳號申請書

申請機構		單位名稱		採集機構 代碼	
機構類別	<input type="checkbox"/> 出生院所 <input type="checkbox"/> 轉介醫院 <input type="checkbox"/> 衛生局(所) <input type="checkbox"/> 其他_____				
身份別	<input type="checkbox"/> 主持人 <input type="checkbox"/> 協調員 <input type="checkbox"/> 資料登錄人員 <input type="checkbox"/> 其他_____				
使用者 姓名			身分證 字號		
電話	分機		傳真		
E-mail	(帳號啟用通知使用)				
帳號	(自訂：機構代碼+名稱，字數在 10 碼以內)				
登入密碼	首次登錄密碼與帳號相同，登錄後必須更換密碼。				
<p>請閱讀並遵守以下聲明：</p> <p>一、本人於執行業務期間，不得以任何形式蒐集與洩漏個案資料，對所知悉之公務資料，須負保密責任。</p> <p>二、包括執行業務需要，本人不可將帳戶與密碼提供他人使用，若有違反電腦個人資料保護法規定之情形，依該法第五條罰則處分。</p>					
申請人			單位主管		

申請日期： 年 月 日

填妥後請以傳真方式至聽資中心審核
 Tel：(02)8596-2065； Fax：(02)8596-2067

以下由聽資中心填寫

管理編號：

開放 權限	<input type="checkbox"/> 資料登錄 <input type="checkbox"/> 資料查詢 <input type="checkbox"/> 其它：_____				
經 辦	主 管		資 訊 管 理		

通知日期：

建檔日期：

經辦：

新生兒聽力篩檢資訊系統資料變更申請書

*表格資料務必清楚填寫

申請機構：	機構代碼：
申請人姓名：	申請日期：
	電話： 分機
個案母親姓名：	身分證字號：
個案出生日期： 年 月 日	建檔序號：
<input type="checkbox"/> 修改	<input type="checkbox"/> 個案基本資料 <input type="checkbox"/> 初篩報告 <input type="checkbox"/> HR-01 <input type="checkbox"/> HR-02 <input type="checkbox"/> HG-01
<input type="checkbox"/> 刪除	<input type="checkbox"/> HG-03 <input type="checkbox"/> 其他：_____
原內容：	
變更內容：	
變更原因：	
申請人	單位主管

填妥後請以傳真方式至聽資中心審核
Tel：(02) 85962065；Fax：(02) 85962067

.....
以下由聽資中心填寫

管理編號：

審核	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，說明：	
經 辦	主 管	資 訊 管 理

變更日期：

通知日期：

經辦：

新生兒聽力篩檢人數統計明細表

XX 日期：____年____月____日~____年____月____日

統計日期：_____

頁次： /

聽篩單位	篩檢數				拒篩數 (比率 ³)	未篩數 (比率 ⁴)	死亡數	總計
	第一次 通過人數	第二次 通過人數	轉介數 (比率 ¹)	小計 (比率 ²)				

合計

- 1：轉介率 = 轉介數 / 篩檢數
 2：篩檢率 = 篩檢數 / 建檔數
 3：拒篩率 = 拒篩數 / 建檔數
 4：未篩率 = 未篩數 / 建檔數
 5：建檔數以報活產為基準

縣市 臺北市 新北市 基隆市 桃園縣 新竹縣 新竹市 苗栗縣 臺中市 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義縣 嘉義市

個案數

比率

縣市 嘉義市 臺南市 高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 臺東縣 澎湖縣 金門縣 連江縣 馬祖 外籍

個案數

比率

新生兒聽力篩檢人數統計明細表

XX 日期：____年____月____日~____年____月____日

院外轉入個案

統計日期：_____

頁次： /

聽篩單位	篩檢數				拒篩數 (比率 ³)	未篩數 (比率 ⁴)	死亡數	總計
	第一次 通過人數	第二次 通過人數	轉介數 (比率 ¹)	小計 (比率 ²)				

合計

- 1：轉介率 = 轉介數 / 篩檢數
- 2：篩檢率 = 篩檢數 / 總計
- 3：拒篩率 = 拒篩數 / 總計
- 4：未篩率 = 未篩數 / 總計
- 5：總計以報活產為基準

縣市 臺北市 新北市 基隆市 桃園縣 新竹縣 新竹市 苗栗縣 臺中市 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義縣 嘉義市

個案數

比率

縣市 嘉義市 臺南市 高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 臺東縣 澎湖縣 金門縣 連江縣 馬祖 外籍

個案數

比率

新生兒聽力篩檢人數統計分表

XX 日期：____年____月____日~____年____月____日

統計日期：_____

頁次： /

聽篩服務單位名稱 (代碼) : _____()

聽篩單位	篩檢數				拒篩數 (比率 ³)	未篩數 (比率 ⁴)	死亡數	總計
	第一次 通過人數	第二次 通過人數	轉介數 (比率 ¹)	小計 (比率 ²)				
合計								

- 1：轉介率 = 轉介數 / 篩檢數
- 2：篩檢率 = 篩檢數 / 總計
- 3：拒篩率 = 拒篩數 / 總計
- 4：未篩率 = 未篩數 / 總計
- 5：總計以報活產為基準

縣市	臺北市	新北市	基隆市	桃園縣	新竹縣	新竹市	苗栗縣	臺中市	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	嘉義市
個案數													
比率													

縣市	嘉義市	臺南市	高雄市	屏東縣	宜蘭縣	花蓮縣	臺東縣	澎湖縣	金門縣	連江縣 馬祖	外籍
個案數											
比率											

新生兒聽力篩檢人數統計分表

XX 日期：____年____月____日~____年____月____日

院外轉入個案

統計日期：_____

頁次： /

聽篩服務單位名稱 (代碼) : _____()

聽篩單位	篩檢數				拒篩數 (比率 ³)	未篩數 (比率 ⁴)	死亡數	總計
	第一次 通過人數	第二次 通過人數	轉介數 (比率 ¹)	小計 (比率 ²)				
合計								

- 1：轉介率 = 轉介數 / 篩檢數
- 2：篩檢率 = 篩檢數 / 總計
- 3：拒篩率 = 拒篩數 / 總計
- 4：未篩率 = 未篩數 / 總計
- 5：總計以報活產為基準

縣市	臺北市	新北市	基隆市	桃園縣	新竹縣	新竹市	苗栗縣	臺中市	彰化縣	南投縣	雲林縣	嘉義縣	嘉義市
個案數													
比率													

縣市	嘉義市	臺南市	高雄市	屏東縣	宜蘭縣	花蓮縣	臺東縣	澎湖縣	金門縣	連江縣 馬祖	外籍
個案數											
比率											

新生兒聽力篩檢結果統計表

出生日期：__年__月__日 ~ __年__月__日

統計日期：_____

頁次： /

聽篩單位	篩檢數				拒篩數 (比率 ³)	未篩數 (比率 ⁴)	死亡數	未建檔數 (比率 ⁵)	出生數 ⁶
	第一次 通過人數	第二次 通過人數	轉介數 (比率 ¹)	小計 (比率 ²)					

合計

- 1：轉介率 = 轉介數 / 篩檢數
- 2：篩檢率 = 篩檢數 / (出生數-死亡數)
- 3：拒篩率 = 拒篩數 / (出生數-死亡數)
- 4：未篩率 = 未篩數 / (出生數-死亡數)
- 5：未建檔率 = 未建檔數 / 出生數
- 6：出生通報活產為基準

縣市 臺北市 新北市 基隆市 桃園縣 新竹縣 新竹市 苗栗縣 臺中市 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義縣 嘉義市

個案數

比率

縣市 嘉義市 臺南市 高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 臺東縣 澎湖縣 金門縣 連江縣 馬祖 外籍

個案數

比率

聽障血液遺傳學檢查送檢申請單

臺北市立聯合醫院 仁愛院區

(請勿填寫)

檢驗編號：

收件日期：

I. 個案基本資料

個案姓名：_____； 性別：男，女； 個案身份證字號：_____

出生日期：_____； 接生院所：_____； 病歷號：_____

母親姓名：_____； 母親身份證字號：_____； 父/母籍貫：(____)/ (____)

通訊地址：_____； 電話：() _____

II. 耳鼻喉科初步檢測結果

專責轉介醫院 (編號)：_____ (____)； 轉介醫院病歷號：_____

採檢醫師：_____； 聯絡電話：(____) _____

(1) 耳聲傳射： DPOAE， TEOAE

(2) 自動聽性腦幹反應 (aABR)

檢查日期 (年/月/日)	結 果	
	右 耳	左 耳
	<input type="checkbox"/> pass	<input type="checkbox"/> pass
	<input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> refer
	<input type="checkbox"/> pass	<input type="checkbox"/> pass
	<input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> refer

檢查日期 (年/月/日)	結 果	
	右 耳	左 耳
	<input type="checkbox"/> pass	<input type="checkbox"/> pass
	<input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> refer
	<input type="checkbox"/> pass	<input type="checkbox"/> pass
	<input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> refer

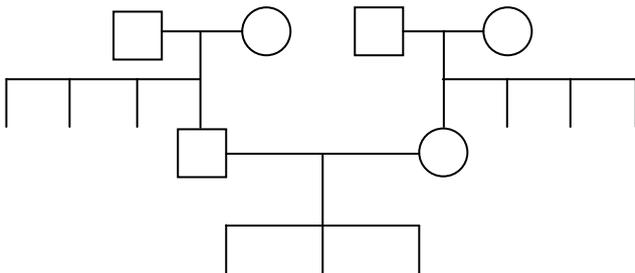
III. 其他

(1) 服用 Aminoglycoside 抗生素： 有； 無

(2) 顱顏發育異常： 有； 無

(3) 其它身體異常 _____

IV. 家族病史(附圖譜)



V. 檢體採集日期：_____ 年 ____ 月 ____ 日； 檢體送檢日期：_____ 年 ____ 月 ____ 日

◎送檢前請先電話聯繫協調員安排取件時間，填寫送檢日期後傳真本申請單給協調員。

◎檢體請送至：地 址：臺北市大安區仁愛路四段10號8樓 市立聯合醫院 仁愛院區 醫研中心
協調員：陳家如小姐； 電話：(02) 2709-3600轉3804； 傳真：(02) 2707-9021

新生兒聽力篩檢 基因相關研究同意書

計畫編號：		
計畫名稱：先天性新生兒聽力異常之基因變異檢測		
執行單位：臺北市立聯合醫院仁愛院區小兒科 電話:0933187208		
主 持 人：陳燕彰		職稱：仁愛院區小兒科主治醫師
受試者姓名：	性別：	年齡：
病歷號碼：		
通訊地址：		
聯絡電話：		
緊急聯絡人：	電話：	
通訊住址：		
<p>一、試驗目的：</p> <p>本研究計畫的目的是找出先天性聽力障礙的新生兒患者與其父母的基因變異。因為造成聽障的基因很多，我們將先從發生率較高的連接蛋白家族基因(connexin family, Cx)開始分析，目前已知有 8 個連接蛋白基因，依序為 Cx26, rhoCx43, Cx30.3, Cx31, Cx29, Cx43, Cx30, Cx32。若無法在連接蛋白基因發現異常，我們將根據患者之臨床症狀，診斷與家族史，再進行其他可能基因的突變分析，包括 SLC26A4, 12s rRNA, KCNQ4, OTOF, WFS1, POU3F4, MYO7A 等 7 個基因。</p>		
<p>二、參加本研究您所需配合的檢驗與步驟：</p> <p>參與本研究者，將從其周邊血管抽取血液，小孩需抽取 2-3 c.c，成人需抽取 5-10 c.c，整個研究過程，原則上只需抽取一次血液標本，但若無法在較常見基因上發現異常，而 DNA 檢體已不足再繼續進行其他基因分析，可能須再進行第二次抽血。</p>		

表 A07-3

三、可能產生之副作用、危險、處理方法：

生理方面—抽血 3-10 c.c 有可能會產生輕微的影響，如短時間的不適、瘀青、流血、腫脹或發生採集部位感染的情形。我們將由資深醫護人員進行採血，並確實做好採集部位消毒工作，以避免這些情況發生。

心理方面—一旦確定帶有突變基因，您同父母的兄弟姐妹亦有機會帶有相同的突變基因，將可能對於您及您的家族造成心理上的衝擊，我們將藉由遺傳諮詢師，社工人員與適當病友團體，協助您，以減少心理衝擊。

社會方面—目前無法預知對您的社會權益有何種影響，但檢測結果有可能會導致保險及工作權上的問題，亦可能引起歧視的問題等。計畫主持人會小心維護您基因資料的機密。有關如何維護有關您基因訊息的機密請見第十一項。

四、賠償：

若發生由計畫執行所引起之傷害時，本院將依法處理相關責任問題。

五、抽取的檢體將如何處理及儲存地點：

提供者的血液檢體將進行DNA抽取，細胞培養和細胞株的製作，並貯存於臺北市立聯合醫院仁愛院區。同時細胞株將以匿名方式寄存於新竹市食品工業研究所生物資源保存及研究中心，檢體保存負責人為陳燕彰醫師及劉孜孜博士。

六、誰可以使用您的檢體：

本計畫主持人臺北市立聯合醫院陳燕彰醫師，與國立陽明大學基因體研究中心劉孜孜博士，將擁有您的細胞與DNA的使用權。若您同意，另存放於新竹市食品工業研究所生物資源保存及研究中心之細胞將以匿名公開寄存方式提供其他相關研究單位學術研究使用。

七、研究結束後檢體處理方法：

- 願意繼續提供臺北市立聯合醫院從事其他基因方面研究（屆時將再請您另簽一份同意書，且該份同意書和研究計畫必須先通過臺北市立聯合醫院人體試驗委員會的審查）
- 由臺北市立聯合醫院銷毀
- 歸還（鑒於剩餘檢體可能為病灶組織，其保存及攜帶亦可能具有感染之危險性，建議如無特殊需求及保存設備，由臺北市立聯合醫院代為銷毀）

表 A07-3

<p>八、參加這個研究對您有什麼幫助，您可以獲得何種資訊：</p> <p>若發現任何的基因異常，我們將主動通知您與您的主治醫師，由您的主治醫師安排適切的後續醫療與照護。若您願意，在當事人同意下，我們可以為您的家族成員進行進一步的基因分析與後續的遺傳諮詢。</p>
<p>九、您將負擔的費用：</p> <p>參與本試驗受試者無須額外付費</p>
<p>十、如本計畫研究成果獲得學術文獻發表、智慧財產及實質效益時，您同意無償贈與臺北市立聯合醫院作為從事疾病診斷、預防、治療及研究等醫學用途。</p>
<p>十一、 如何維護有關您基因訊息的機密：</p> <p>檢體收入本實驗室後，將以編號替代，檢測結果只會對您的醫師發報告，除此之外實驗室主持人將對您的各項檢測結果保密；若有授權其他相關學術單位使用您的檢體時，將以編號匿名取代您的姓名以維護您的隱私。除了有關機構依法調查外，計畫主持人會小心維護您的隱私。</p>
<p>十二、 如果您中途退出研究，其檢體及訊息處理方法：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 願意繼續提供臺北市立聯合醫院從事其他基因方面研究（屆時將再請您另簽一份同意書，且該份同意書和研究計畫必須先通過臺北市立聯合醫院人體試驗委員會的審查）。<input type="checkbox"/> 由臺北市立聯合醫院銷毀。<input type="checkbox"/> 歸還（鑒於剩餘檢體可能為病灶組織，其保存及攜帶亦可能具有感染之危險性，建議如無特殊需求及保存設備，由臺北市立聯合醫院代為銷毀）。
<p>十三、 若初步檢體 DNA 不足時，我們將先利用您「新生兒先天代謝異常疾病篩檢」血片中之剩餘檢體繼續後續的基因分析。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 同意。<input type="checkbox"/> 不同意。

經由計畫主持人說明，您已完全瞭解以上所有內容，並

- 同意參加本研究。
- 不同意參加本研究。

若同意參加本研究，您將持有同意書副本，您也完全瞭解：

1. 研究過程中，相關的重大發現都將提供給您。
2. 如果您因為參與本研究，而發生任何不適或疑問可隨時與臺北市立 聯合醫院 仁愛院區 小兒科**陳燕彰**醫師聯絡（聯絡電話：0968951783），如您對參與研究的相關權益有疑問，您可以和臺北市立聯合醫院人體試驗委員會的**沈怡菁**小姐聯絡（聯絡電話：27093600#3802）。
3. 您有權利隨時退出本研究，並且不會因此影響您應有的醫療照顧。

受試者簽署：_____；日期：__年__月__日

法定代理人簽署：_____；與受試者之關係:_____

日期：__年__月__日

同意書說明人簽署: _____；日期：__年__月__日

計畫主持人簽署：_____；日期：__年__月__日

※請以上簽署人員務必自行填寫日期欄位

口頭同意之見證

（受試者無法閱讀上述說明，經由口述說明，需有另一見證人在場）

茲證明計畫主持人已完整地向受試者解釋本研究的內容。

見證人簽署：_____；日期：__年__月__日

茲證明本人已完全了解前述所有要點，且已口頭同意參與本研究，同意書副本已收妥無誤。

計畫主持人簽署：_____；日期：__年__月__日

茲證明計畫主持人已完整地向受試者解釋本研究的內容。

※註一：請以上簽署人員務必自行填寫日期欄位

※註二：未滿廿歲之受試者或法律宣告禁治產權者，須由法定代理人簽名始生效。

※註三：根據 GCP 第二章第二十一條:受試者、法定代理人、同意權人皆無法閱讀時，需見證人在場參與所有有關受試者同意書之討論。

新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單

您的寶寶經過專業聽力評估及醫師確診，(疑) 為雙側先天性聽力損失，可能是遺傳基因突變、病毒感染或藥物所引起的。建議您的寶寶應儘早進行聽障諮詢轉介，提早對症治療及接受專業聽語療育，以避免錯過寶寶的語言發展黃金期；同時接受遺傳諮詢，了解聽障發生的原因。

為您預約的遺傳諮詢單位為 **臺北市立聯合醫院仁愛院區 小兒科**

報到時間 ____ 年 ____ 月 ____ 日； 上午 / 下午； 時間 ____： ____

報到地點：臺北市大安區仁愛路四段 10 號仁愛院區醫療大樓 8 樓醫研中心

遺傳諮詢單位協調員：陳家如小姐；

電話：(02) 2709-3600分機3804； 傳真：(02) 2707-9021

請依上列時間帶著您的寶寶及本「轉介單」前往該遺傳諮詢單位。如您因事不能按時前往，請您務必與遺傳諮詢單位聯絡人聯繫，另行預約其他時間。

專責確診醫院：_____ 轉介日期： ____年 ____月 ____日

專責聯絡人：_____； 聯絡電話：(____)_____； 傳真：(____)_____

◎ 請傳真本轉介單給遺傳諮詢單位協調員陳家如小姐，傳真：(02)2707-9021

個案姓名：_____； 性別：男，女； 出生日期： ____年 ____月 ____日；

個案身份證號碼：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

通訊地址：_____； 電話：(____)_____

綜合診斷：_____

(預約確認個案未回轉介公衛通知單)

地區：_____

日期：_____

轉介公衛通知

敬啟者：您好！

下列個案的新生兒聽力篩檢結果為「不通過」，需轉介至本院接受進一步聽力確認檢查；然而

已報到進行初步確認，但尚未完成後續完整確認診斷。

個案並未依預約時間報到，經電話聯絡後家長仍不願讓個案返回院(所)接受確認。經我們多次聯繫未果。為了避免因延誤確認而影響個案早期療育時機，造成嚴重的後遺症。煩請儘速聯絡家長與本院電話聯絡，再次預約確認日期；若個案不便回到本院確認，亦請安排個案至就近之專責轉介醫院接受確認，追蹤結果請回報本院及聽篩資料管理中心，謝謝您的合作！！

轉介醫院：_____

協調員：_____

電話：_____ 傳真：_____

聯絡地址：_____

個案姓名：_____ 母親身分證字號：_____

接生醫院：_____ 個案出生日期：____年____月____日

預約確認日期：____年____月____日

電話：_____ 地址：_____

衛生局簽收單

衛生局協調員簽收：_____ 簽收日期：____年____月____日

健康服務中心（衛生所）：_____

聯繫／訪視人員：_____ 聯絡電話：_____

個案追蹤結果：

* 通知單簽收後請回傳「本院」及「聽力篩檢資料管理中心」（地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號；電話：02- 8596-2065；傳真：02- 8596-2067）

(拒篩個案轉公衛追蹤通知)

地區：_____

日期：_____

轉介公衛通知

敬啟者：您好！

下列個案因家長拒絕她們寶寶接受新兒聽力篩檢，雖然已提供家長初步的衛教說明，仍請 貴局安排公衛護士收案管理，提醒家長留意孩子的聽力及語言發展，並指導家長使用「簡易居家語言行為評量表」觀察孩子的行為發展。若懷疑孩子有聽障的問題，也請協助個案至專責轉介醫院接受檢查。並將聯絡結果回報本中心。謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號

聯絡人：

電話：(02) 8596-2065； 傳真：(02) 8596-2067

(拒篩個案轉公衛追蹤名冊)

個案姓名 出生日期 接生單位 電話 地址 聯繫/訪視結果

衛生局簽收單

衛生局協調員簽收：_____ 簽收日期：_____年_____月_____日

健康服務中心（衛生所）：_____

聯繫／訪視人員：_____ 聯絡電話：_____

* 通知單簽收後請回傳聽力篩檢資料管理中心

(未篩個案轉公衛追蹤通知)

地區：_____

日期：_____

轉介公衛通知

敬啟者：您好！

下列個案至今尚未完成新生兒聽力篩檢，但個案因：

- 出院前未完成聽力篩檢，經聽篩單位電話聯絡後家長仍不願讓個案返回接受篩檢。
- 已轉院至_____醫院 _____科，尚未完成聽力篩檢，且該院不是本計畫之聽篩單位。

煩請 貴局協助安排公共衛生護士聯絡家長並提供聽力篩檢相關的衛教，儘速安排個案回原聽篩單位完成聽力篩檢。追蹤結果請回報本中心，以利統一追蹤管理作業，謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號

電話：(02) 8596-2065； 傳真：(02) 8596-2067

聯絡人：_____

聽篩單位：_____ 協調員姓名：_____

單位電話：_____ 地址：_____

個案姓名：_____ 母親身分證字號：_____

個案出生日期：_____年_____月_____日，聽篩序號：_____

電話：_____ 地址：_____

衛生局簽收單

衛生局協調員簽收：_____ 簽收日期：_____年_____月_____日

健康服務中心（衛生所）：_____

聯繫／訪視人員：_____ 聯絡電話：_____

個案追蹤結果：

* 通知單簽收後請回傳聽力篩檢資料管理中心

(未收到非專責轉介醫院確認報告單通知)

地區：_____

日期：_____

催 促 通 知

敬啟者：您好！

以下個案的新生兒聽力篩檢 (aABR) 結果為「不通過」，個案家長欲前往 _____ 醫院進行確認檢查，已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日通知 貴局進行追蹤。我們目前仍未收到該個案之「新生兒聽力篩檢確認結果報告單 (Form HR-02) 」，煩請確認該個案是否按時至該院接受確認檢查。若該個案已完成確認檢查，請追蹤該院醫師完成填寫 Form HR-02 並寄 (或傳真) 回 貴局。貴局收到該個案之 Form HR-02 後，煩請將 Form HR-02 傳真回本中心，以利結案管理。若有任何問題，請與我們聯絡，謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號

電話：(02) 8596-2065；傳真：(02) 8596-2067

聯絡人：_____

個案姓名：_____ 母親身分證字號：_____

接生醫院：_____ 個案出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

電 話：_____ 地 址：_____

轉介單簽收日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 轉介醫院：_____

衛生局簽收單

衛生局協調員簽收：_____ 簽收日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

健康服務中心 (衛生所)：_____

聯繫 / 訪視人員：_____ 聯絡電話：_____

* 通知單簽收後請回傳「聽力篩檢資料管理中心」

新生兒聽力篩檢確認轉介單

轉介醫院：_____； 電話：_____

敬啟者：您好！

以下個案的新生兒聽力篩檢（aABR）結果為「不通過」，個案家屬欲前往 貴院接受進一步確認診斷。請 貴院協助個案於三個月大內完成確診，將確診結果詳細填入隨函所附的「聽力篩檢確認結果報告單（Form HR-02）」，並請將本單寄（或傳真）回衛生局，若您有任何疑問，請與該局聯絡人聯繫！

XXX衛生局 健康管理X

地址：_____

電話：_____

聯絡人：_____

接生單位	院所 ()			協調員：	
	地址：_____				
	電話：()		傳真：()		
母親姓名		身份證號碼		個案病歷號	
個案資料	性別： <input type="checkbox"/> 男， <input type="checkbox"/> 女； 出生日期： 年 月 日 出生體重：_____ 公克； 早產： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否； 黃疸： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 地址：_____				
	電話：()		行動電話：		
篩檢結果 自動聽性腦幹反應 (aABR)	篩檢日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	右 耳	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	
	左 耳	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	
小兒科檢查結果	<input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 異常：_____				
備 註					

篩檢單位協調員：

轉介日期： 年 月 日

衛生局簽收單

協調員簽收：_____

簽收日期：____年____月____日

◎ 轉介單簽收後，請立即回傳「接生單位」及「聽力篩檢資料管理中心」。

聽力篩檢資料管理中心 地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心

電話：(02) 8596-2065； 傳真：(02) 8596-2067

新生兒聽力篩檢確認結果報告單

一、個案基本資料

個案姓名：_____； 性別：男，女； 個案身份證號碼：_____

出生日期：____年____月____日； 接生院所：_____； 病歷號：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____ 個案戶籍：_____

二、篩檢結果

篩檢單位（編號）：_____（_____）

自動聽性腦幹反應 (aABR)

篩檢日期	結 果		結 果	
	右 耳	左 耳	右 耳	左 耳
年 月 日	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer			
年 月 日	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer			
年 月 日	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer			

三、耳鼻喉科初步檢測結果

專責轉介醫院（編號）：_____（_____）； 轉介醫院病歷號：_____

主治醫師：_____； 協調員：_____； 聯絡電話：(____)_____

確診開始日期：____年____月____日

1、耳聲傳射： DPOAE， TEOAE

檢查日期 (年/月/日)	結 果	
	右 耳	左 耳
	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer
	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer

2、自動聽性腦幹反應 (aABR)

檢查日期 (年/月/日)	結 果	
	右 耳	左 耳
	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer
	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer

四、小兒科評估及相關檢查結果：

1、一般理學檢查：

體重：_____ gm； 身高：_____ cm； 頭圍：_____ cm

無異常； 顱顏發育異常， 其他 _____

2、其他臨床症狀（可複選）：

- 無異常； 先天性白內障， 先天性青光眼， 色素性視網膜病變，
 先天性心臟病， 紫斑症， 閉塞性黃疸（24小時內發生）， 脾腫大，
 小腦症， 心智發育遲緩， 腦膜腦炎， 長骨放射線透度異常，
 其他 _____

3、個案「母親」本胎產檢是否曾檢驗德國麻疹抗體： 是， IgG：_____； IgM：_____
 否； 不明

4、實驗室檢查：

血液檢查：CMV IgM： Positive， Negative；

Rubella IgM： Positive， Negative；

其他疾病抗體檢驗_____： Positive， Negative

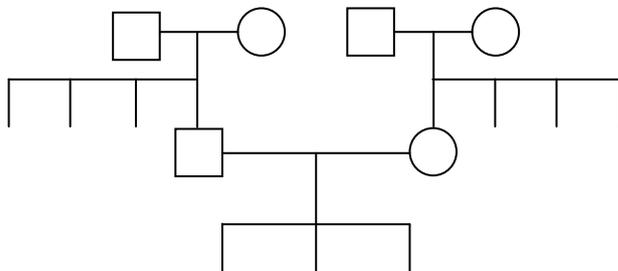
（如 Toxoplasmosis 或 HSV ）

血液遺傳學檢查：_____

其他檢查：_____

5、是否服用 Aminoglycoside 抗生素： 有； 無

6、家族相關病史及圖譜



五、耳鼻喉科完整聽力評估

1、中耳鼓室圖評估結果

檢查日期	部位	使用頻率	鼓室圖類型	檢查日期	部位	使用頻率	鼓室圖類型
(年/月/日)	右耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz		(年/月/日)	右耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz	
	左耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz			左耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz	

2、聽性腦幹誘發電位反應(ABR)，刺激方式： 氣導； 骨導

聽性腦幹反應檢查閾值結果，單位：分貝(dBnHL)

檢查日期	部位	Click	Tone burst			
			0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz
(年/月/日)	右耳					
	左耳					

檢查日期	部位	Click	Tone burst			
			0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz
(年/月/日)	右耳					
	左耳					

3、聽性穩定誘發反應(ASSR)，單位：dB SPL

檢查日期	部位	500 Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	檢查日期	部位	500 Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz
(年/月/日)	右耳					(年/月/日)	右耳				
	左耳						左耳				

4、嬰幼兒行為聽力評估，可信度： 佳， 尚可， 不佳

(1) 刺激音： warble tone， narrow band noise， 其他 _____

刺激音給予方式：聲場；置入式耳機；耳罩式耳機

(2) 檢查法： 行為觀察法 (BOA)， 其他 _____

(3) 最小反應音量表 (閾值表)，單位：分貝(dBHL)

檢查日期	部位	0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	平均 (0.5K、1K、2K、4K Hz)
(年/月/日)	右耳					
	左耳					
	聲場					
檢查日期	部位	0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	平均 (0.5K、1K、2K、4K Hz)
(年/月/日)	右耳					
	左耳					
	聲場					

5、其他聽力相關檢查

(1) 前庭導水管擴大症 (Enlarged vestibular aqueduct syndrome) : 有 ; 無

(2) Mondini 氏畸形 (Mondini dysplasia) : 有 ; 無

(3) 其他 : _____

六、綜合診斷 : 無異常 ; 雙側異常 ; 單側異常 ; 其他疾病 _____

說明:

七、治療方法及建議 : 結案 ; 再追蹤評估 ; 預約日期 ____年____月____日

說明:

八、早期療育轉介單位 :

中華民國婦聯聽障文教基金會

雅文兒童聽語文教基金會

臺北市立聯合醫院婦幼院區早療中心

其他單位 _____

早期療育單位聯絡人 : _____ , 電話 : (____) _____

轉介日期 : ____年____月____日

專責轉介醫院協調員 : _____

醫師簽名 : _____

日 期 : 年 月 日

* 填寫完畢後, 請依轉介單內接生單位地址寄回「接生單位」及「聽力篩檢資料管理中心」。

聽力篩檢資料管理中心 地址: 臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心

電話: (02) 8596-2065 ; 傳真: (02) 8596-2067

(未收到確認報告單通知)

轉介醫院代碼：_____

列印日期：_____

催 促 通 知

敬啟者，您好！

我們目前仍未收到下列個案之「新生兒聽力篩檢確認結果報告單」，煩請確認個案是否按時至 貴院接受確認檢查。若該等個案已完成確認，請登入「聽力篩檢資訊管理系統」(<http://hearing.pmf.tw>) 輸入確認檢查結果，並將確認結果報告單傳真回本中心，以利結案管理。若有任何問題，請與我們聯絡，謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地 址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號

電 話：(02) 8596-2065

傳 真：(02) 8596-2067

聯絡人：

個案姓名 母親身分證字號 個案出生日期 接 生 單 位 預約確認日期 電 話 備 註

專責轉介醫院簽收單

專責轉介醫院 (代碼)：_____ ()

協調員簽收：_____

核對日期：_____年_____月_____日

* 資料核對簽收後，請回傳聽力篩檢資料管理中心。

新生兒聽力篩檢名冊

匯出日期：____年__月__日

醫院(診所)名稱：_____ (代碼：_____)

建檔人：_____

建檔日期：____年__月__日

序號	個案姓名	個案 病歷號	母親 身分證字號	電話/ 行動電話	出生日期 (年/月/日)	戶 籍	出生 體重 (gm)	懷孕 週數	第一次篩檢		第二次篩檢		結果	預約專責 確認單位 及日期
									日期	結 果	日期	結 果		
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			
	之男 女							週 天	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩			

新生兒聽力篩檢名冊 (院外轉入個案)

匯出日期：____年__月__日

醫院(診所)名稱：_____ (代碼：_____)

建檔人：_____

建檔日期：____年__月__日

出生醫院	建檔序號	轉入日期	個案姓名	本院病歷號	母親身分證號	電話/行動電話	出生日期(年/月/日)	戶籍	出生體重(gm)	第一次篩檢		第二次篩檢		結果	預約專責確認單位及日期	備註
										日期	結果	日期	結果			
			之男 女								右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer		右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩		
			之男 女								右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer		右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩		
			之男 女								右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer		右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩		
			之男 女								右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer		右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩		
			之男 女								右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer		右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩		
			之男 女								右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer		右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩		

(聽篩未完成通知)

聽篩單位：_____

通知日期：____年____月____日

催 促 通 知

敬啟者，您好！

我們至今尚未收到下列於 貴院(所)接生個案的「聽力篩檢結果」，煩請再次確認名單中的個案是否已完成聽力篩檢。若已完成篩檢，請登入「新生兒篩檢管理系統」(<http://hearing.pmf.tw>) 並輸入篩檢結果；如個案尚未完成篩檢，煩請儘速聯絡個案並安排回院接受聽力篩檢。

下列個案中如有拒絕篩檢，請登入「新生兒篩檢作業系統」註記「拒篩」。若有無法完成篩檢需要公衛系統協助追蹤輔導，或是該個案已轉至其他聽篩院所，需本中心協助安排個案於該院所完成聽篩，請於下列名單中填寫「需轉介原因」，我們將依狀況協助轉介追蹤。您若有任何問題，請立刻以電話與我們聯絡，謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地 址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心

電 話：(02) 8596-2065；傳 真：(02) 8596-2067

聯絡人：

聽篩單位簽收單

個案姓名 母親身份證號 個案病歷號 出生日期 電 話 完成篩檢 需轉介原因

聽篩單位：_____

協調員簽收：_____

核對日期：____年____月____日

* 資料核對簽收後請回傳本中心，謝謝您的合作!

新生兒聽力篩檢結果貼紙 / 印章

新生兒聽力篩檢結果
 篩檢日期： 年 月 日
 篩檢單位：

aABR 篩檢結果：
 右耳：通過；不通過
 左耳：通過；不通過

Form HS-03.1



Form HS-03.1

(通知院外轉入個案聽篩信函)

通知日期：_____

協助院外轉入個案聽篩通知函

敬啟者：您好！

下列個案為_____出生之新生兒，個案於____年____月____日轉院至 貴院_____科，該個案尚未完成新生兒聽力篩檢。

我們已將個案之基本資料建檔，請登錄「新生兒篩檢管理系統」(<http://hearing.pmf.tw>)，選擇「院外轉入個案作業」，列印「院外轉入個案篩檢名冊」，盡速安排該個案於 貴院接受新生兒聽力篩檢。

完成篩檢後，請登錄「篩檢管理系統」輸入篩檢結果。如該個案的篩檢結果為「不通過」，也請您依照標準作業方式安排小兒科醫師對該個案進行相關檢查，並協助轉介確診作業，謝謝您的協助！

聽力篩檢資料管理中心

地 址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心

電 話：(02) 8596-2065；傳 真：(02) 8596-2067

聯絡人：

個案姓名：_____；母親身分證字號：_____

個案出生日期：_____年_____月_____日；院外個案建檔序號：_____

電話：_____ 地址：_____

簽收單

協調員簽名_____：簽收日期：_____年_____月_____日

* 通知單簽收後請回傳聽力篩檢資料管理中心 (傳 真：02-8596-2067)

Form HS-04

Ver 1.3；2012/02/22 **PMF**

新生兒聽力篩檢早期療育轉介單

親愛的家長，您好：

您的寶寶經過專業聽力評估及醫師確診，(疑) 為雙側先天性聽力損失，建議您的寶寶應盡快進入早期療育系統評估，並接受專業聽語療育，以避免錯過寶寶的語言發展黃金期，導致因先天性聽力損失而影響未來的語言發展，造成學習、溝通及社交方面等問題。

為您預約的早期療育機構為 _____

預約時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日； 上午 / 下午 ____ : ____

早期療育單位聯絡人：_____， 電話：(____)_____

地址：_____

請依上列時間帶著您的寶寶前往該早療單位，如您因事不能按時前往，請您務必與早療單位聯絡人聯繫，另行安排報到時間。_____ (電話：_____)
的專業社工人員會提供您相關協助與諮詢。

專責確診醫院：_____

轉介日期：_____年_____月_____日

專責聯絡人：_____

聯絡電話：(____)_____

早療通報單位簽收單

個案姓名：_____； 性別：男，女； 出生日期：____年____月____日；

個案身份證號碼：_____； 個案戶籍：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____

綜合診斷：_____

早療通報單位簽收：_____； 簽收日期：_____年_____月_____日

主責社工員：_____； 電 話：_____

◎ 轉介單簽收後，請立即回傳「專責確診醫院」及「聽力篩檢資料管理中心」。

聽力篩檢資料管理中心

地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心

電話：(02) 8596-2065； 傳真：(02) 8596-2067

催 促 通 知

敬啟者：您好！

下列個案是經_____醫院確認聽力異常而轉介至_____進行早期療育，且貴單位已於____年____月____日收案管理。然而本資料庫：

尚未收到該個案的開始早期療育的日期記錄

未收到該個案_____ (個月/歲)的療育評估結果

煩請登入「聽力篩檢資訊管理系統」(<http://hearing.pmf.tw>)，輸入個案早期療育結果，以利治療監偵管理作業。若該個案尚未開始接受或間斷早期療育，請儘速聯絡家長，協助孩子接受早期療育單位的聽語復健及持續的治療，避免造成孩子日後語言發展及學習上的問題。謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地 址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心

電 話：(02) 8596-2065；傳 真：(02) 8596-2067

聯絡人：

早療通報單位簽收單

個案姓名：_____； 性別：男，女； 出生日期：____年____月____日；

個案身份證號碼：_____； 個案戶籍：_____； 轉介醫院病歷號：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____

早療通報單位簽收：_____； 簽收日期：____年____月____日

主責社工員：_____； 電 話：_____

◎ 轉介單簽收後，請立即回傳「聽力篩檢資料管理中心」。

新生兒聽力篩檢作業單位名錄

一、聽力篩檢資料管理中心編組名錄

臺北病理中心

主持人：江 宏 執行長

協調員：王莉莉 小姐

電話：(02) 8596-2065

傳真：(02) 8596-2067

通訊地址：10374 臺北市大同區重慶北路三段 146 號

二、聽力篩檢服務單位編組名錄

臺灣聽力語言學會 (HS- 01)

聯絡人：詹孟潔 小姐

電 話：(02) 2599-4956

傳 真：(02) 2599-4337

通訊地址：10453 臺北市中山區雙城街 4 巷 2 號 2 樓之 4

三、專責轉介醫院編組名錄

1、臺北市立聯合醫院婦幼院區 (HR- 01)

主持人：李明儒 主任

協調員：吳若葶 小姐

電 話：(02) 2391-6471 轉 1232

傳 真：(02) 2341-4430

通訊地址：10078 臺北市福州街 12 號 耳鼻喉科檢查

2、馬偕紀念醫院 (HR- 02)

主持人：林鴻清 主任

協調員：陳瑞玲 小姐

電 話：(02) 2543-3535 轉 2950

傳 真：(02) 2543-3642

通訊地址：10449 臺北市中山區中山北路二段 92 號 耳鼻喉科

3、財團法人振興復健醫學中心 (HR-03)

主持人：陳光超 主任

協調員：連孟如 小姐

電 話：(02) 2826-4400 轉 3366

傳 真：(02) 2826-3645

通訊地址：11220 臺北市北投區振興街 45 號 3 樓 耳鼻喉科

4、臺灣大學醫學院附設醫院 (HR-04)

主持人：劉殿楨 醫師

協調員：曾麗惠 聽力師

電 話：(02) 2312-3456 轉 67275

傳 真：(02) 2341-0905

通訊地址：10043 臺北市中正區中山南路 7 號 6 樓 耳鼻喉部

5、臺北榮民總醫院 (HR-05)

主持人：李宗伊 技師

協調員：鄭秀蓮 聽力師

電 話：(02) 2875-7337 轉 115 或 144

傳 真：(02) 2875-7338

通訊地址：11217 臺北市石牌路二段 201 號二門診 5 樓 耳科

6、三軍總醫院 (HR-06)

主持人：王智弘 主任

協調員：葉文英 聽力師

電 話：(02) 8792-3311 轉 16384 或 16385

傳 真：(02) 8792-7193

通訊地址：11490 臺北市內湖區成功路二段 325 號 耳鼻喉科

7、財團法人天主教耕莘醫院新店總院 (HR-07)

主持人：陳培濤 主任

協調員：陳傳蓉 護理師

電話：(02) 2219-3391 轉 10330

傳真：(02) 2218-7956

通訊地址：23148 新北市新店區中正路 362 號

8、財團法人佛教慈濟綜合醫院台北分院 (HR-08)

主持人：黃同村 主任

協調員：洪佩文 聽力師

電話：(02) 6628-9779 轉 1205

傳真：(02) 6628-9009

通訊地址：23142 新北市新店區建國路 289 號 耳鼻喉科

9、行政院衛生署雙和醫院 (委託臺北醫學大學興建經營) (HR-09)

主持人：郭雲鼎 主任

協調員：張乃方 小姐

電話：(02) 2249-0088 轉 2959

傳真：(02) 2249-0088 轉 2959

通訊地址：23561 新北市中和區中正路 291 號

10、亞東紀念醫院 (HR-10)

主持人：待確認

協調員：待確認

電話：待確認

傳真：待確認

通訊地址：待確認

四、公共衛生追蹤系統編組名錄

1、臺北市衛生局健康管理處 (HN-01)

主持人：林麗惠 股長

協調員：劉又綾 小姐

電話：(02) 2720-8889 轉 1831

傳真：(02) 8788-4560

通訊地址：11008 臺北市信義區市府路 1 號

2、新北市衛生局健康管理科 (HN-02)

主持人：溫雅茜 股長

協調員：陳又慈 小姐

電話：(02) 2257-7155 轉 1479

傳真：(02) 8252-2621

通訊地址：22006 新北市板橋區英士路 192-1 號 4 樓

五、早期療育通報單位編組名錄

1、臺北市早療通報中心

主持人：朱鳳英 專員

協調員：吳稟琦 社工員

電話：(02) 2756-8852

傳真：(02) 2756-8432

通訊地址：10573 臺北市民生東路 5 段 163-1 號 7 樓

2、新北市政府兒童健康發展中心

主持人：林姣燕 代理主任

協調員：曾碧玉 督導

電話：(02) 2671-0088 轉 15~22

傳 真：(02) 2674-0277

通訊地址：23742 新北市三峽區光明路 71 號 2 樓

六、早期療育單位通訊名錄

1、臺北市立聯合醫院婦幼院區 (HT-01)

聯絡人：葉中定 先生

電 話：(02) 2768-0802 轉 19

傳 真：(02) 2756-5912

通訊地址：10078 臺北市福州街 12 號

2、中華民國婦聯聽障文教基金會 (HT-02)

聯絡人：邱文貞 小姐

電 話：(02) 2820-1825

傳 真：(02) 2820-1826

通訊地址：11220 臺北市北投區振興街 45 號

3、財團法人雅文兒童聽語文教基金會 (HT-03)

聯絡人：邱鳳儀 小姐

電 話：(02) 2627-2877

傳 真：(02) 2627-9066

通訊地址：11493 臺北市內湖區洲子街 60 號 4 樓

七、遺傳諮詢單位編組名錄

臺北市立聯合醫院 醫學技術與臨床研究中心

主 持 人：陳燕彰 醫師

協 調 員：陳家如 小姐

電 話：(02) 2709-3600 轉 3804

傳 真：(02) 2707-9021

通訊地址：10629 臺北市大安區仁愛路四段 10 號 8 樓

八、聽力篩檢作業系統規劃諮詢單位編組名錄

財團法人預防醫學基金會

主持人：蕭廣仁 執行長

聯絡人：蕭郁詩 專案經理

電 話：(02) 2703-6080

傳 真：(02) 2703-6070

通訊地址：10699 台北郵政 26-624 信箱

新生兒聽力篩檢

電腦操作手冊

台北病理中心
新生兒聽力篩檢電腦操作手冊



目 錄



項 目	頁數
• 目錄	1
• 目的與權責	2
• 申請密碼帳號	3
• 資訊系統資料修改流程	3
• 進入資訊系統之窗口	4
• 個案基本資料登錄與篩檢名冊列印	5
• 新生兒篩檢血片採集資料登錄與名冊列印	9
• 聽力篩檢結果登錄	10
• 篩檢未完成個案之追蹤	12
• 院外轉入篩檢作業	13
• 「預約確認轉介單」之登錄與列印	15
• 確認醫院報到	17
• 遺傳諮詢單位	24
• 早療通報單位作業	24
• 公衛追蹤轉介系統	24
• 聽力篩檢資料管理中心	25
• 結算作業	25
• 附件 1： 100 年度新生兒聽力篩檢計畫參與院所	27

一、目的：

為確保新生兒聽力篩檢之相關權責人員，於業務執行期間，正確且熟悉的操作本資訊系統，特制定本手冊，請列入移交。

二、權責：

1. 系統主持人：督導其作業系統之正常運作，可查詢其系統內的相關資料。

2. 系統協調員：

2.1 出生院所：

2.1.1 建立並匯出「聽力篩檢名冊」(HS-01)、登錄篩檢報告。

2.1.2 登錄並列印「確認轉介單暨回函」(HR-01)。

2.1.3 查詢該院出生個案資料。

2.1.4 轉介未完成篩檢個案：「通知聽資中心轉介公衛追蹤函」(HD-08)。

2.2 聽篩服務單位：查詢並列印聽力「篩檢名冊」(HS-01)，作為篩檢服務的依據。

2.3 專責確診醫院：

2.3.1 登錄與列印「確認結果報告單」(HR-02)、「早期療育轉介單暨回函」(HT-01)、「聽障血液遺傳學檢查送檢申請表」(HG-01)、「遺傳諮詢轉介單」(HG-03)。

2.3.2 轉介未完成確診個案：「確認未回轉介公衛通知單」(HN-01)。

2.3.3 查詢負責確診之個案資料。

2.4 遺傳諮詢系統：查詢負責遺傳諮詢之個案資料。

2.5 早期療育通報單位：

2.5.1 登錄「早期療育評估結果報告單」(HT-03)，包括早期療育開始日期與療育單位、各階段評估結果報告。

2.5.2 查詢接受早期療育轉介之個案資料。

2.6 公衛系統：

2.6.1 查詢該縣市出生院所之資料。

2.6.2 接受由聽篩單位與專責確診醫院所轉介個案之追蹤。

2.6.3 監偵聽篩單位與專責確診醫院之服務時效。

2.7 聽篩資訊管理中心(以下簡稱聽資中心)：

2.7.1 登錄各式轉介單之簽收日期。

2.7.2 登錄並列印「聽篩不通過轉介其他醫院轉介單暨回函」(HR-01-1)。

2.7.3 列印並傳真下列表單：

- 1)聽篩未完成催促通知單(HS-02)
 - 2)拒篩個案轉公衛通知單(HN-02)
 - 3)未篩個案轉公衛通知單(HN-03)
 - 4)確診報告單未收到催促通知單(HR-03)。
 - 5)轉介非專責轉介醫院確認報告單未收到催促通知單(HN-04)
 - 6)早療未報到催促通知單(HT-02)。
- 2.7.4 監偵聽篩單位與專責確診醫院之服務時效。
- 1)列印「確認轉介單回函未收到名冊」(HD-01)。
 - 2)列印「確認未報到名冊」(HD-02)。
 - 3)列印「確認結果報告單未收到名冊」(HD-03)。
 - 4)列印「早療未報到名冊」(HD-04)。
- 2.7.5 統計作業報表列印：
- 1)「月結名冊」(HD-05)
 - 2)「時效作業統計表」(HD-06)
 - 3)「篩檢結果統計表」(HD-07)
 - 4)各式統計報表。

三、內容：

1. 申請帳號密碼：

- 1.1 帳號由使用者設定，但請遵守「機構代碼+自訂代號」且字數在 10 碼以內，機構代碼請參閱附件 1。
- 1.2 所有進入本資訊系統之權責人員，需填具「新生兒聽力篩檢資訊系統帳號申請表」(HD-09)，傳真至聽資中心，經審核同意後，開放該帳號使用。
- 1.3 申請帳號的使用者應詳讀並遵守相關的資訊安全與保密約定。離職或轉換工作後應提出「註銷帳號」或「停用帳號」之申請。
- 1.4 首次登錄本系統者，需修改新的密碼後方能進入資訊作業系統。
- 1.5 「新生兒聽力篩檢資訊系統帳號申請表」可台北病理中心網站：www.tipn.org.tw之「下載專區」之「申請表單」取得。

2. 資訊系統資料修改流程：

- 2.1 各作業系統所登錄的資料，經下列步驟後即鎖定無法進入修改。

資料內容	鎖定資料步驟
新生兒基本資料	聽力篩檢結果登錄(包括拒檢)
確認報告單	輸入檢測結果後

- 2.2 如發現資料錯誤須修改，需填具「新生兒聽力篩檢資訊系統資料變更申請表」(HD-10)提出資料修改申請。
 - 2.3 各作業系統只能就其系統內建立之資料提出申請，需求單位填具申請單，經該單位主管簽准後，傳真至聽資中心。
 - 2.4 聽資中心收到傳真後，經單位主管簽准，由權責人員進行資料修改；完成資料修改後，以電話通知申請人，要求確認內容無誤。
 - 2.5 申請單存檔備查。
 - 2.6 「新生兒聽力篩檢資訊系統資料變更申請表」可台北病理中心網站：www.tipn.org.tw之「下載專區」之「申請表單」取得。
3. 進入資訊系統之窗口：有兩種方式進入本系統
 - 3.1 進入台北病理中心網站：www.tipn.org.tw。



點選「新生兒篩檢管理系統登入」即進入以下畫面：



- 3.2 鍵入 <http://hearing.pmf.tw>，直接進入上述畫面。
4. 出生院所登錄個案基本資料與聽篩名冊列印
- 4.1 點選「新生兒篩檢管理系統登入」後，鍵入帳號與密碼。



- 4.2 點選「院內出生聽篩作業」→「新生兒基本資料登錄」。

新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院綠幼院區 系統管理 2010/4/26 [回首頁](#) | [登出](#)

> 院內出生聽篩作業	<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>院內出生聽篩作業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>新生兒基本資料登錄</td></tr> <tr><td>2</td><td>新生兒聽力篩檢名冊(HS-01)列印</td></tr> <tr><td>3</td><td>新生兒散體血片採集資料登錄</td></tr> <tr><td>4</td><td>新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印</td></tr> <tr><td>5</td><td>聽力篩檢結果登錄</td></tr> <tr><td>6</td><td>聽力篩檢結果名冊列印</td></tr> <tr><td>7</td><td>預約確認轉介單登錄</td></tr> <tr><td>8</td><td>預約確認轉介單暨回函列印</td></tr> <tr><td>9</td><td>通知轉資中心轉介公衛登錄(HD-08)</td></tr> <tr><td>10</td><td>通知轉資中心轉介公衛函列印(HD-08)</td></tr> <tr><td>11</td><td>新生兒篩檢結果及轉介資料查詢</td></tr> </tbody> </table>	編號	院內出生聽篩作業	1	新生兒基本資料登錄	2	新生兒聽力篩檢名冊(HS-01)列印	3	新生兒散體血片採集資料登錄	4	新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印	5	聽力篩檢結果登錄	6	聽力篩檢結果名冊列印	7	預約確認轉介單登錄	8	預約確認轉介單暨回函列印	9	通知轉資中心轉介公衛登錄(HD-08)	10	通知轉資中心轉介公衛函列印(HD-08)	11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢
編號		院內出生聽篩作業																							
1		新生兒基本資料登錄																							
2		新生兒聽力篩檢名冊(HS-01)列印																							
3		新生兒散體血片採集資料登錄																							
4		新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印																							
5		聽力篩檢結果登錄																							
6		聽力篩檢結果名冊列印																							
7		預約確認轉介單登錄																							
8		預約確認轉介單暨回函列印																							
9		通知轉資中心轉介公衛登錄(HD-08)																							
10	通知轉資中心轉介公衛函列印(HD-08)																								
11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢																								
> 院外轉入聽篩作業																									
> 月結申報作業																									
> 變更密碼																									



新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院忠孝院區 系統管理 2009/3/24 [回首頁](#) | [登出](#)

> 聽篩單位	新生兒基本資料登錄		
> 變更密碼	新增	查詢	結束
	[訊息區]		
	新生兒出生日期	2009	年 8 月 24 日

4.2.1 功能鍵說明：

4.2.1.1 新增：欲登錄新的個案資料。

4.2.1.2 查詢：欲查詢已登錄過的個案資料。

4.2.1.3 結束：完成登錄後跳回「聽篩單位」之系統畫面。

4.3 進入「新生兒基本資料登錄」之「新增」畫面如下：

新生兒基本資料登錄新增					
確定		返回			
【訊息區】					
(*)必填欄位					
醫事機構及代碼	余正俊婦產科診所(3501110419)			序號	0990004
母親病歷號碼*		新生兒病歷號碼*		聽力篩檢意願*	<input type="checkbox"/> 拒絕
母親電話(一)*		母親電話(二)			
母親手機號碼		懷孕週數*	週 <input type="text"/> 天	出生體重*	<input type="text"/> (g)
母親姓名*		多胞胎*	<input checked="" type="radio"/> A. <input type="radio"/> B. <input type="radio"/> C. <input type="radio"/> D. <input type="radio"/> E. <input type="radio"/> F.		
新生兒性別*	<input checked="" type="radio"/> 男, <input type="radio"/> 女		出生日期*	2010 年 4 月 22 日	
母親身份證號*		戶籍代碼*	台北市		
父親國籍*		母親國籍*			
地址	郵遞區號	縣市	鄉鎮區	村里鄰	地址
戶籍地		請選擇-			
現居地	<input type="checkbox"/> 同戶籍地	請選擇-			
坐月子期間	<input type="checkbox"/> 同戶籍地	連絡地址：		連絡電	
	<input type="checkbox"/> 同現居地	話：			
確定		返回			

4.3.1 醫事機構及代碼與個案流水序號由系統自動帶入。

4.3.2 表格中標示*者務必填寫，否則系統不接受「確定」，並於「訊息區」內顯示錯誤訊息。

4.3.3 聽力篩檢意願：如家長拒絕個案之聽力篩檢者，則點選「拒絕」，本系統會將該個案轉入公衛系統追蹤。

4.3.4 「多胞胎」：指本次出生如為多胞胎，以出生順序分別點選 A、B、C、D.....。

4.3.5 戶籍地址、現居地址與坐月子期間地址、電話，請個案家屬盡量提供，以方便必要時之聯繫。

4.3.6 資料完成輸入後，點選「確定」，再一次確認資料的正確性後，跳回「聽篩單位」之系統畫面。

4.4 點選「新生兒聽力篩檢名冊(HS-01)列印」(如下圖)，即可依所設定的條件匯出「聽力篩檢名冊」，如依建檔序號或建檔日期。

新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理 2010/4/26 回首頁 | 登出

院內出生聽篩作業

編號	院內出生聽篩作業
1	新生兒基本資料登錄
2	新生兒聽力篩檢名冊(HIS-01)列印
3	新生兒體液血片採集資料登錄
4	新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印
5	聽力篩檢結果登錄
6	聽力篩檢結果名冊列印
7	預約確認轉介單登錄
8	預約確認轉介單發回函列印
9	通知聽資中心轉介公衛登錄(HD-08)
10	通知聽資中心轉介公衛函列印(HD-08)
11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢



新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理 2010/4/26 回首頁 | 登出

院內出生聽篩作業 **聽力篩檢名冊列印**

執行 結束

院外轉入聽篩作業 [訊息區]

月結申報作業 輸篩日期: 年 月 日 至 年 月 日

變更密碼

4.4.1 輸入建檔序號或建檔日期後，點選「執行」後，出現名冊(如下圖)後，點選 

預覽  1 / 1 Business Objects

聽力篩檢結果名冊 列印日期: 頁次:

醫院(診所)名稱: 財團法人振興復健醫學中心 (代碼: B006)

序號	母親姓名	性別	出生日期	戶籍	出生體重(kg)	懷孕週數	第一次篩檢		第二次篩檢		結果
							日期	結果	日期	結果	
0990724	張 之男	張	20	0	3432	39 週 6 天	2010/10/19	右耳: refer 左耳: pass	2010/10/22	右耳: pass 左耳: pass	通過
0990725	張 之男	張	20	0	3030	39 週 6 天	2010/10/20	右耳: pass 左耳: pass			通過
0990726	張 之男	張	20	0	2764	38 週 0 天	2010/10/21	右耳: pass 左耳: pass			通過
0990733	張 之女	張	20	0	4008	40 週 1 天	2010/10/21	右耳: pass 左耳: pass			通過
0990734	張 之女	張	20	0	3438	36 週 1 天	2010/10/22	右耳: pass 左耳: refer	2010/10/29	右耳: pass 左耳: pass	通過

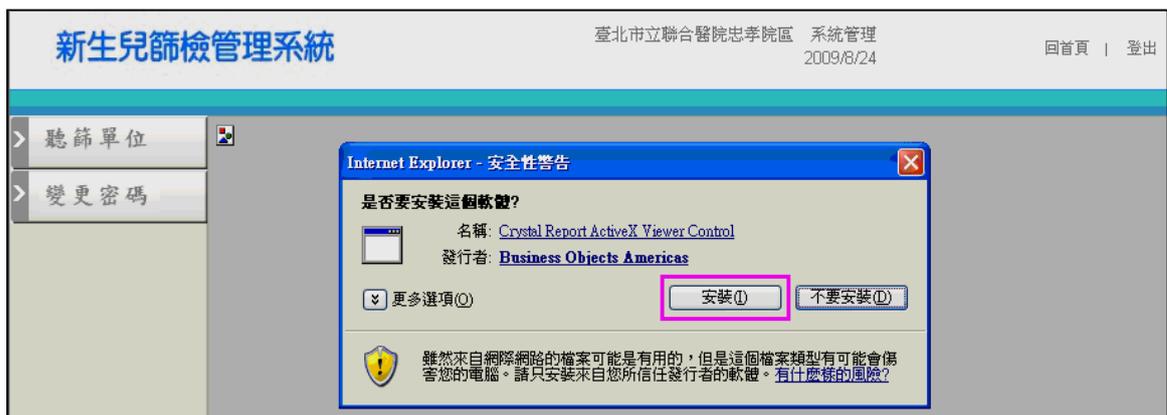
4.4.2 第一次使用本系統者，執行列印時，會出現本畫面：



1) 依指示安裝「ActiveX 控制項」



2) 點選「重試」，再點選「安裝」即會出現名冊。



4.4.3 每日登錄個案基本資料後，即列印名冊(HS-01)，依據名冊執行聽力篩檢。

4.4.4 已列印過的名冊可依選擇範圍再行列印。

5. 新生兒檢體血片採集資料登錄與血片檢體名冊列印

新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院總院區 系統管理 2010/4/26 回首頁 | 登出

院內出生聽篩作業	院內出生聽篩作業
院外轉入聽篩作業	
月結申報作業	
變更密碼	

編號	院內出生聽篩作業
1	新生兒基本資料登錄
2	新生兒聽力篩檢名冊(HS-01)列印
3	新生兒檢體血片採集資料登錄
4	新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印
5	聽力篩檢結果登錄
6	聽力篩檢結果名冊列印
7	預約確認轉介單登錄
8	預約確認轉介單登回函列印
9	通知聽資中心轉介公衛登錄(HD-08)
10	通知聽資中心轉介公衛函列印(HD-08)
11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢



新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院忠孝院區 系統管理 2009/3/24 回首頁 | 登出

聽篩單位: 新生兒檢體採集血片資料登錄

變更密碼: [訊息區]

(*)必填欄位

濾紙編號*	輸血*	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
哺乳滿24小時*	自費勾選	<input type="checkbox"/> 先避計畫 <input type="checkbox"/> 龐貝法布瑞氏症 <input type="checkbox"/> COXO
採血日期*	寄出日期*	

醫事機構及代碼	臺北市立聯合醫院忠孝院區(010:0905:733)	字號	0980001
母親指壓號碼	A	新生兒病歷號碼	E
母親電話(一)	D	母親電話(二)	C
母親手機號碼	E	懷孕週數	33週 1天
母親姓名	F	多胞胎	A
新生兒性別	男	出生日期	2009/08/24
母親身份證號	G	戶籍代碼	台北市

聽力篩檢意願: 同意

出生體重: (g)

- 5.1 只需填寫框內資料，其餘資料由系統帶入。
- 5.2 框內的資料乃「新生兒先天代謝異常疾病篩檢」的相關作業資料，有助於篩檢中心核對血片的相關資料，尤其是「濾紙編號」，希望採集單位配合填寫，有助於本系統之建置。
- 5.3 請再一次確認新生兒基本資料之正確性。
- 5.4 資料完成輸入後，點選「確定」，再一次確認資料的正確性後，點選「確定」完成登錄。
- 5.5 進入「新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印」，列印新生兒代謝異常疾病篩檢名冊，做為嬰兒室的建檔名冊。

6. 聽力篩檢結果登錄

新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理
2010/4/26 回首頁 | 登出

- 院內出生聽篩作業
- 院外轉入聽篩作業
- 月結申報作業
- 變更密碼

編號	院內出生聽篩作業
1	新生兒基本資料登錄
2	新生兒聽力篩檢名冊(HIS-01)列印
3	新生兒檢體血片採集資料登錄
4	新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印
5	聽力篩檢結果登錄
6	聽力篩檢結果名冊列印
7	預約確認轉介單登錄
8	預約確認轉介單覆回函列印
9	通知聽資中心轉介公衛登錄(HD-08)
10	通知聽資中心轉介公衛函列印(HD-08)
11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢

6.1 進入篩檢名冊畫面後，選取欲登錄之個案欄位時，該欄位會出現不同顏色(如下圖)，以確認選取無誤。

新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院忠孝院區 系統管理
2009/3/24 回首頁 | 登出

聽篩單位: 登錄聽力篩檢結果登錄

結束

變更密碼: [訊息區]

序號	母親姓名	母親身分證	新生兒病歷編號	出生日期	第一次篩檢		第二次篩檢	
					篩檢日期	篩檢結果	篩檢日期	篩檢結果
0950001	ANNIE 之男	A00000002	BBBBBB	200903/20				
0950003	dd 之男	ss	ef	200712/20				
0980001	F 之男	G	3	200903/24				



新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院忠孝院區 系統管理
2009/3/24 回首頁 | 登出

聽篩單位: 登錄聽力篩檢結果登錄

確定 返回

變更密碼: [訊息區]

篩檢次數	篩檢日期	右耳		左耳	
第一次篩檢	年 月 日 E	<input type="radio"/> pass	<input type="radio"/> refer	<input type="radio"/> pass	<input type="radio"/> refer
第二次篩檢	年 月 日 E	<input type="radio"/> pass	<input type="radio"/> refer	<input type="radio"/> pass	<input type="radio"/> refer
篩檢結果		<input type="radio"/> 通過	<input type="radio"/> 轉介	<input type="radio"/> 拒篩	

警事機關及代碼: 臺北市立聯合醫院忠孝院區(010:0905:703) 字號: 0950001

母親病歷號碼	AAAAAA	新生兒病歷號碼	EBBBBE	聽力篩檢意願	同意
母親電話(一)	(02)111-2222#.00	母親電話(二)	(02)1111-2222#200		
母親手機號碼	01	懷孕週數	33週 5天		
母親姓名	ANNIE	多胞胎	B		
新生兒性別	男	出生日期	200903/20		
母親身分證號	A000000002	戶籍代碼	台北市		

確定 返回

須填寫欄位

6.2 登錄第一次或第二次篩檢日期與篩檢結果，其他資料由系統帶入：

6.2.1 第一次篩檢

- 1) 填寫第一次篩檢結果時，第二次篩檢之欄位無法填入，以避免填錯欄位。
- 2) 第一次篩檢結果如為兩耳都通過，則於右耳與左耳處點選「pass」，並於篩檢結果點選「通過」，否則須完成第二次篩檢後才能填入篩檢結果。
- 3) 如有任何一耳或兩耳無法通過篩檢，於該耳處點選「refer」，並安排第二次篩檢。

6.2.2 第二次篩檢

- 1) 如兩耳都通過篩檢，則於右耳與左耳處點選「pass」，並於篩檢結果點選「pass」，並於篩檢結果處點選「通過」。
- 2) 如第二次篩檢仍有任何一耳或兩耳無法通過篩檢，則於篩檢結果處點選「轉介」，並跳回登錄「預約確認轉介單暨回函」(HR-01)。

6.3 點選「聽力篩檢結果名冊列印」即出現下面畫面，點選



聽力篩檢結果名冊

列印日期：2010/4/27 0:51:11
頁次：1 of 1

醫院(診所)名稱：余正俊婦產科診所 (代碼：3501110419)

序號	母親姓名	個案 病歷編號	母親 身分證字號	電話/ 行動電話	出生日期 (年/月/日)	戶 籍	出生體重 (g)	懷孕 週數	第一次篩檢		第二次篩檢		結果	預約轉介確認 單位及日期
									日期	結果	日期	結果		
0990001		990101		879 092	20100101	01	3000	38 週 0 天	20100105	右耳：pass 左耳：pass			通過	
0990002		990105		092 092	20100105	01	2500	37 週 6 天	20100107	右耳：pass 左耳：pass			通過	

7. 篩檢未完成個案之追蹤：

7.1 篩檢未完成個案包括初篩未篩個案、初篩未完成個案(包括轉院個案)與拒篩個案。

新生兒篩檢管理系統		臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理 2010/4/26	回首頁 登出
院內出生聽篩作業			
院外轉入聽篩作業			
月結申報作業			
變更密碼			
	編號	院內出生聽篩作業	
	1	新生兒基本資料登錄	
	2	新生兒聽力篩檢名冊(HIS-01)列印	
	3	新生兒檢體血片採集資料登錄	
	4	新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印	
	5	聽力篩檢結果登錄	
	6	聽力篩檢結果名冊列印	
	7	預約確認轉介單登錄	
	8	預約確認轉介單暨回函列印	
	9	通知聽資中心轉介公衛登錄(HD-08)	
	10	通知聽資中心轉介公衛函列印(HD-08)	
	11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢	

7.2 由上面之畫面進入，登錄該個案轉入公衛系統追蹤，並列印轉介函，傳真至公衛系統。

7.3 上述個案追蹤後仍拒絕篩檢者，於篩檢結果處點選「拒篩」，本系統會將該個案轉入公衛系統追蹤。

7.4 上述個案追蹤後如變更篩檢服務單位，則由聽資中心將個案轉入該單位的「院外轉入聽篩作業」系統，由新的聽篩服務單位繼續後續的篩檢流程。

8. 院外轉入篩檢作業：

新生兒篩檢管理系統		臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理 2010/4/26	回首頁 登出
> 院內出生聽篩作業			
> 院外轉入聽篩作業			
> 月結申報作業			
> 變更密碼			
	編號	院外轉入聽篩作業	
	1	新生兒基本資料登錄	
	2	新生兒聽力篩檢名冊 (HS-01)列印	
	3	聽力篩檢結果登錄	
	4	聽力篩檢結果名冊列印	
	5	預約確認轉介單登錄	
	6	預約確認轉介單暨回函列印	
	7	通知聽資中心轉介公衛登錄 (HD-08)	
	8	通知聽資中心轉介公衛函列印 (HD-08)	
	9	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢	

8.1 院外轉入系指非該院初生之個案，卻因某些因素轉至該院進行聽力篩檢，公衛系統或聽資中心獲知後，將該個案的相關初生資料轉至該院的「院外轉入聽篩作業」系統之名冊內，由該院進行後續之聽篩服務。

新生兒篩檢管理系統		臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理 2010/4/27	回首頁 登出
> 院內出生聽篩作業	院外轉入個案新生兒基本資料登錄		
	查詢	結束	
> 院外轉入聽篩作業	【訊息區】		
> 月結申報作業	出生醫師序號	母親姓名	母親身分證
> 變更密碼			出生醫院 新生兒病歷編號
			出生日期
	0990	任 之 女B	A2250 35970
	0990	劉 之 男	U2202 35974
	0990	楊 之 女	A2216 35976
	0990	李 之 女	P2211 35976
	0990	江 之 女	H2202 35976
	0990	陳 之 男	C2209 35977
	0990	葉 之 女	P2600 35977
	0990	洪 之 女B	S2223 35977
	0990	謝 之 女	K2214 35976
	0990	謝 之 女B	K2214 35976



8.2 新生兒基本資料登錄中，該個案於出生院所的資料本系統會自動帶入，但該院仍需輸入個案之姓名(非XXX之子)、轉入醫院的病歷號等資料。

新生兒篩檢管理系統 臺北市立聯合醫院婦幼院區 系統管理
2010/4/27 [回首頁](#) | [登出](#)

院內出生聽篩作業 院外轉入個案新生兒基本資料登錄
 確定 返回

院外轉入聽篩作業 【訊息區】

月結申報作業 (*)必填欄位

變更密碼

出生醫院	臺北市立聯合醫院忠孝院區		轉入序號	
新生兒姓名*	<input type="text"/>	新生兒病歷號碼*	<input type="text"/>	聽力篩檢意願* <input type="checkbox"/> 拒絕
母親電話(一)*	<input type="text"/>	母親電話(二)	<input type="text"/>	
母親手機號碼	<input type="text"/>	懷孕週數	37週 0天	出生體重
母親姓名	任	多胞胎	B	2040 (g)
新生兒性別	女	出生日期	2010.01/	
母親身份證號	A2	戶籍代碼	台北市	
父親國籍	中華民國	母親國籍	中華民國	

確定 返回

- 8.3 請再次確認系統帶入的資料是否正確，如有必要，務必修改。
- 8.4 除了「新生兒先天代謝異常疾病篩檢」的血片採集作業外，其他相關作業與院內出生個案的作業相同。
- 8.5 如個案聽篩結果正常，則登錄篩檢結果後即可結案。
- 8.6 如個案聽篩結果異常，則後續的轉介確認醫院流程與「院內出生聽篩作業」相同，但必須由「院外轉入聽篩作業」系統進入。

9. 「預約確認轉介單」登錄與列印：

篩檢結果異常需要轉介時，則進入點選「預約確認轉介單暨回函」(HR-01)。

編號	院內出生聽篩作業
1	新生兒基本資料登錄
2	新生兒聽力篩檢名冊(HS-01)列印
3	新生兒檢體血片採集資料登錄
4	新生兒先天代謝異常疾病篩檢名冊列印
5	聽力篩檢結果登錄
6	聽力篩檢結果名冊列印
7	預約確認轉介單登錄
8	預約確認轉介單暨回函列印
9	通知聽資中心轉介公衛登錄(HD-08)
10	通知聽資中心轉介公衛函列印(HD-08)
11	新生兒篩檢結果及轉介資料查詢

9.1 如步驟 6.1 點選欄位。

序號	母親姓名	母親病歷編號	新生兒病歷編號	出生日期	篩檢結果
096001	ANNIE 之男	AAAAAA	BBEBBB	2009/08/20	轉介
096002	cd 之男	aa	ef	2007/12/20	轉介



專責轉介醫院: [Dropdown Menu]

轉介其他醫院名稱: [Text Field]

預約日期: [Date Picker]

預約時間: [Time Picker]

早產: 是 否

小兒科檢查結果: 無異常 異常: [Text Field]

備註: [Text Area]

篩檢單位協議員: [Text Field]

轉介日期: [Date Picker]

- 9.2 點選「專責轉介醫院」及預約日期、時間與報到地點，其餘資料由系統帶入。
- 9.2.1 如個案不去專責確診醫院，可依個案意願轉介其他醫院，並於「轉介其他醫院名稱」內填寫醫院名稱與電話。
- 9.2.2 基本資料登錄時未填寫的資料請於「個案資料」內補登，如是否黃疸等。
- 9.3 「預約確認轉介單暨回函」(HR-01)填寫完成，進入功能鍵即可列印該表單，並傳真至確認醫院與聽資中心，同時列印一份交給個案家長於報到當天攜帶就診。
- 9.4 變更確認醫院：
- 9.4.1 如後來因任何因素變更確認醫院，仍應進入此畫面修改資料。
- 9.4.2 如變更之確認醫院非專責確認醫院之一，則由聽資中心修改「專責轉介醫院」為填寫「轉介其他醫院」，系統將轉為列印「聽篩不通過個案轉介其他醫院轉介單暨回函」(HR-01-1)，一份由家長帶回，一份傳真公衛系統，由公衛系統列印「確認結果報告單」(HR-02)，一併寄至該確認醫院，並追蹤病人是否報到與確認結果。
- 9.5 確認醫院協調員收到「確認轉介單」(HR-01)之傳真時，簽收後回傳至出生院所與聽資中心，由聽資中心協調員進行「簽收勾選」並註記簽收日期。

10. 確認醫院報到：

當個案到確認醫院報到當天，由耳鼻喉科進行初步檢測後，協調員進入系統畫面登錄「耳鼻喉科初步檢測結果」報告。

10.1 專責確認醫院進入窗口

新生兒聽力篩檢推廣計畫
Newborn Hearing Screening Program

[[新生兒篩檢管理系統登入](#)] [[聽力篩檢資訊管理系統登入](#)]

請點我

- [新生兒聽力篩檢簡介](#)
- [新生兒聽力篩檢作業流程](#)
- [新生兒聽力篩檢作業表單](#)
- [新生兒聽力篩檢作業單位名錄](#)
- [新生兒聽力篩檢衛教單](#)
- [新生兒聽力篩檢作業手冊](#)
- [新生兒聽力篩檢電腦系統操作手冊](#)
- [新生兒聽力篩檢相關網路資源](#)

NEW

99.11.04 [台北縣、市政府合作推廣免費新生兒聽力篩檢](#)

99.05.01 [新生兒聽力篩檢作業手冊 \(Ver 1.1\) 更新說明](#)

98.08.26 [臺北市政府宣布 98年9月5日 正式開始篩檢服務](#)



網址: <http://www.tipn.org.tw/HERS/>

Google

搜尋 · 分享 · 網頁註解 · 拼字檢查 · 翻譯 · 自動填入 · 登入

聽力篩檢資訊管理系統
Hearing Screening System

系統登入
Login System

帳號:

密碼:

10.2 點選「聽力篩檢資訊管理系統登入」後，鍵入帳號與密碼，則出現以下畫面，進入「專責轉介醫院」之系統畫面。

10.3 轉介個案初篩與確診檢驗之相關資料查詢。



10.3.1 輸入出生醫院、新生兒出生日期、出生序號、篩檢結果(轉介或全部)等條件，即可列出相關個案名冊。

10.3.2 如 6.1 步驟點選個案後，就可叫出該個案資料。

10.3.3 確認醫院應確認個案之相關基本資料與檢測果是否正確。

聽力篩檢資訊管理系統		臺北市立聯合醫院婦幼院區 吳芳琴 2010/4/28		登出	
位 新生兒篩檢結果及轉介資料查詢 查詢					
院 繼續查詢 返回					
育 【訊息區】					
育 (*)必填欄位					
醫事機構及代碼		臺北市立聯合醫院和平院區(010109051702)		序號 0980060	
母親病歷號碼*		35909157		新生兒病歷號碼* 61759354	
母親電話(一)*		22778841		母親電話(二)	
母親手機號碼		0935572512		懷孕週數* 39週 6天	
母親姓名*		謝盈盈		出生體重* 3295 (g)	
新生兒性別*		男		多胞胎* A	
母親身份證號*		E222751665		個案狀態 轉介公衛	
父親國籍*		中華民國		母親國籍* 中華民國	
出生日期*		2009年10月30日		個案異動狀態 未篩個案轉公衛通知	
戶籍代碼*		台北市			
地址		郵遞區號		縣市	
戶籍地		嘉義縣		鄉鎮區	
現居地		台北縣		村里鄰	
坐月子期間				地址	
				崎子頭27之277號	
				思源路287巷1弄5號3樓	
聽力篩檢結果					
篩檢次數		篩檢日期		右耳	
第一次篩檢		2009年 11月 1日		refer	
第二次篩檢		2009年 11月 1日		refer	
				左耳	
				pass	
				pass	

10.4 確認結果登錄

聽力篩檢資訊管理系統		財團法人預防醫學基金會 系統管理 2010/4/25		登出	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 聽篩單位 ▶ 轉介醫院 ▶ 早期療育 ▶ 資管中心監偵 ▶ 資管中心結算 					
編號		專責轉介醫院			
1		新生兒聽力篩檢確認結果報告單登入-耳鼻喉科初步檢測結果			
1-1		確認結果報告單登入-小兒科評估及相關檢查結果			
1-2		確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力評估			
2		新生兒聽力篩檢確認結果報告單列印			
3		確認未回轉公衛通知單(HN-01)			
4		早期療育預約轉介單暨回函(HT-01)			
5		聽障血液遺傳學檢查送檢申請單(HG-01)			
6		新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單(HG-03)			

10.4.1 進入系統後如步驟 6.1 點選欄位。

新生兒聽力篩檢確認結果報告單-耳鼻喉科初步檢測結果								
結束								
【訊息區】								
個案姓名	性別	個案身份證號	出生日期	接生院所	病歷號碼(接生院所)	轉介醫院	母親姓名	母親身份證號
	男		2009/10/08	台	621018	台北振興		A
	女		2010/03/15	台	7572438	台北振興		A
	女		2010/03/19	台	7572436	台北振興		A
	男		2010/03/31	台	35973277	台北婦幼		F
	男		2010/04/05	台	35976330	台北婦幼		F
	男		2010/04/04	台	7800059	台北振興		A
	女		2010/04/06	台	7801885	台北振興		F

請注意：完成輸入「耳鼻喉科初步檢測結果」報告後，才表示該個案完成報到並開始進入確診流程，協調員務必於初步檢測完成當天，進入本系統輸入結果。

聽力篩檢資訊管理系統		財團法人預防醫學基金會 系統管理 2010/4/25		登出	
聽篩單位	新生兒聽力篩檢確認結果報告單-耳鼻喉科初步檢測結果				
轉介醫院	[訊息區]				
早期療育	個案姓名		性別	女	
	個案身份證字號		出生日期	201003/15	
資管中心監偵	接生院所	台北振興		病歷號碼 (接生院所)	
資管中心結算	母親姓名		母親身份證字號		
	地址			電話	
耳鼻喉科初步檢測結果					
	專責轉介醫院	台北振興		轉介醫院病歷號	
	主治醫師			協調員	
	確診開始日期	2010年4月25日		聯絡電話	(02) 2826400轉3366
	篩檢	篩檢日期	右耳	左耳	
1、耳聲導射： <input checked="" type="radio"/> DPOAE <input type="radio"/> TBOAE		2010年4月25日	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	
		年 月 日	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	
2、自動聽性腦幹反應 (aABR)		2010年4月25日	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	
		年 月 日	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	<input type="radio"/> pass <input type="radio"/> refer	

10.5 系統帶入的資料為出生醫院的資料，因此個案於確認醫院的姓名與身分證字號、病歷號需另行輸入，並確認系統帶入的資料如地址與電話是否正確。

10.6 登錄耳鼻喉科初步檢測結果(OAE and/or aABR)。如兩耳的初步檢測結果(OAE and aABR)均為 pass，表示確認結果為「通過」，則選擇列印本報告單，醫師簽名後即可傳真至「出生院所」與「聽資中心」歸檔結案。

10.7 如初步檢測結果(OAE and/or aABR)不通過，則安排陸續檢查：

10.7.1 小兒科評估及相關檢查結果：

聽力篩檢資訊管理系統		財團法人預防醫學基金會 系統管理 2010/4/25		登出	
聽篩單位					
轉介醫院					
早期療育					
資管中心監偵					
資管中心結算					
	編號	專責轉介醫院			
	1	新生兒聽力篩檢確認結果報告單登入-耳鼻喉科初步檢測結果			
	1-1	確認結果報告單登入-小兒科評估及相關檢查結果			
	1-2	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力評估			
	2	新生兒聽力篩檢確認結果報告單列印			
	3	確認未回轉公衛通知單(HN-01)			
	4	早期療育預約轉介單暨回函(HT-01)			
	5	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單(HG-01)			
	6	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單(HG-03)			



進入系統後如步驟 6.1 點選欄位。

新生兒聽力篩檢確認結果報告單-小兒科評估及相關檢查結果			
確定	返回		
【訊息區】			
個案姓名		性別	女
個案身份證字號		出生日期	2009/12/01
接生院所	台北婦幼	病歷號碼	
母親姓名		母親身份證字號	
地址		電話	
小兒科評估及相關檢查結果			
1、一般理學檢查：	檢查日期：2010年4月25日	體重： <input type="text"/> (gm)； 身高： <input type="text"/> (cm)； 頭圍： <input type="text"/> (cm)	
		<input type="radio"/> 無異常， <input type="radio"/> 顯弱發育異常， <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>	
2、實驗室檢查：	血液檢查：2010年4月25日	血液檢查：CMV IgM： <input type="radio"/> Positive， <input type="radio"/> Negative； 其他項目： <input type="text"/>	
	血液遺傳學：2010年4月25日	血液遺傳學檢查： <input type="text"/>	
	其他檢查：2010年4月25日	其他檢查： <input type="text"/>	
3、是否服用 Aminoglycoside 抗生素：	<input type="radio"/> 有； <input type="radio"/> 無		

10.7.2 耳鼻喉科完整聽力評估：

初步檢測未通過的個案，應繼續進行耳鼻喉科完整評估，並將結果登錄於系統內。

聽力篩檢資訊管理系統		財團法人預防醫學基金會	登出
		系統管理 2010/4/25	
聽篩單位			
轉介醫院			
早期療育			
資管中心監偵			
資管中心結算			
	編號	專責轉介醫院	
	1	新生兒聽力篩檢確認結果報告單登入-耳鼻喉科初步檢測結果	
	1-1	確認結果報告單登入-小兒科評估及相關檢查結果	
	1-2	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力評估	
	2	新生兒聽力篩檢確認結果報告單列印	
	3	確認未回轉公衛通知單(HN-01)	
	4	早期療育預約轉介單暨回函(HT-01)	
	5	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單(HG-01)	
	6	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單(HG-03)	



聽力篩檢資訊管理系統		財團法人預防醫學基金會	登出
		系統管理 2010/4/25	
聽篩單位			
轉介醫院			
早期療育			
資管中心監偵			
資管中心結算			
	編號	專責轉介醫院	
	1	新生兒聽力篩檢確認結果報告單登入-耳鼻喉科初步檢測結果	
	1-1	確認結果報告單登入-小兒科評估及相關檢查結果	
	1-2	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力評估	
	2	新生兒聽力篩檢確認結果報告單列印	
	3	確認未回轉公衛通知單(HN-01)	
	4	早期療育預約轉介單暨回函(HT-01)	
	5	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單(HG-01)	
	6	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單(HG-03)	

10.7.3 由「轉介醫院」系統進入，登錄與列印下列表單：

「聽障血液遺傳學檢查送檢申請單」(HG-01)

「聽障血液遺傳學檢體採檢同意書」(HG-02)

「新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單」(HG-03)

1)登錄檢體採檢時間與轉介時間後，即可列印。如因任何因素需要以手寫填寫表單則由下列方式進入列印空白表單。

2)回到以下畫面：

新生兒聽力篩檢推廣計畫

Newborn Hearing Screening Program

[[新生兒篩檢管理系統登入](#)] [[聽力篩檢資訊管理系統登入](#)]

- [新生兒聽力篩檢簡介](#)
- [新生兒聽力篩檢作業流程](#)
- [新生兒聽力篩檢作業表單](#)
- [新生兒聽力篩檢作業單位名錄](#)

- [新生兒聽力篩檢衛教單](#)
- [新生兒聽力篩檢作業手冊](#)
- [新生兒聽力篩檢電腦系統操作手冊](#)
- [新生兒聽力篩檢相關網路資源](#)

NEW

99.11.04 [台北縣、市政府合作推廣免費新生兒聽力篩檢](#)

99.05.01 [新生兒聽力篩檢作業手冊 \(Ver 1.1\) 更新說明](#)

98.08.26 [臺北市政府宣布 98年9月5日 正式開始篩檢服務](#)



分別點選表單編號處，即可列印該表單。

新生兒聽力篩檢作業相關表單			
使用單位	表單名稱	表單編號	備註
聽 篩 單 位	新生兒聽力篩檢名冊	HS-01	聽篩單位
	新生兒聽力篩檢衛教單暨不同意書	HC-01	聽篩單位→家長，「不同意書」聽篩單位存檔
	聽力篩檢結果貼紙	HS-03	聽篩單位→兒童健康手冊→家長
	聽篩確認轉介單暨回函	HR-01	聽篩單位→轉介醫院→回函→聽篩單位，聽資中心
	聽篩不通過個案轉介其他醫院轉介單暨回函	HR-01-1	聽篩單位→其他確認醫院→公衛系統→回函→聽篩單位，聽資中心
	新生兒聽力篩檢不通過衛教單	HC-02	聽篩單位→家長
	通知聽資中心轉介公衛追蹤函	HD-08	聽篩單位→聽資中心→公衛系統
轉 介 醫 院	確認結果報告單	HR-02	轉介醫院→聽資中心，聽篩單位
	確認未回轉公衛通知單	HN-01	轉介醫院→公衛→回函→聽篩單位，聽資中心
	早期療育轉介單暨回函	HT-01	轉介醫院→早期療育單位，早療通報中心，聽資中心→回函→轉介醫院，聽資中心
	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單	HG-01	轉介醫院→遺傳學檢查單位
	聽障血液遺傳學檢體採集同意書	HG-02	轉介醫院→遺傳學檢查單位，家長及轉介醫院各留底一份
	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單	HG-03	轉介醫院→遺傳諮詢單位
育 療 期 早	早期療育評估結果報告單	HT-03	早療通報中心→聽資中心

- 3) 血液檢體採集後，依表單說明將檢體與送檢申請單一起送檢，並傳真遺傳諮詢轉介單。
- 4) 等後續之檢查評估報告陸續出來後，再由協調員分批輸入，至確認報告完成後，執行表單列印，經耳鼻喉科醫師綜合判定確認結果並簽名，將「確認結果報告單」(HR-02)傳真至出生院所與聽資中心歸檔。

聽篩單位	
轉介醫院	
早期療育	
資管中心監偵	
資管中心結算	

編號	專責轉介醫院
1	確認結果報告單登入-耳鼻喉科初步檢測結果
1-1	確認結果報告單登入-小兒科評估及相關檢查結果
1-2	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力評估
1-3	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力再追蹤評估
2	新生兒聽力篩檢確認結果報告單列印(HR-02)
3	確認未回轉公衛通知單(HN-01)
4	早期療育預約轉介單暨回函(HT-01)
5	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單(HG-01)
6	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單(HG-03)

10.7.4 當個案確診後無法結案，則點選再追蹤評估，之後該個案將進入1-3項「確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力再追蹤評估」之名冊內。

聽力篩檢資訊管理系統		財團法人預防醫學基金會 系統管理 2010/7/16	登出
聽篩單位			
轉介醫院			
早期療育			
資管中心監偵			
資管中心結算			

編號	專責轉介醫院
1	確認結果報告單登入-耳鼻喉科初步檢測結果
1-1	確認結果報告單登入-小兒科評估及相關檢查結果
1-2	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力評估
1-3	確認結果報告單登入-耳鼻喉科完整聽力再追蹤評估
2	新生兒聽力篩檢確認結果報告單列印(HR-02)
3	確認未回轉公衛通知單(HN-01)
4	早期療育預約轉介單暨回函(HT-01)
5	聽障血液遺傳學檢查送檢申請單(HG-01)
6	新生兒聽力篩檢遺傳諮詢轉介單(HG-03)



③ 閾值表， 單位： 分貝 (dBHL)	篩檢日期			部位	0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	平均Hz
	年	月	日						
				右耳					
				左耳					
				聲場					
				右耳					
				左耳					
				聲場					

5、其他聽力相關檢查

(1) 前庭導水管擴大症 (Enlarged vestibular aqueduct syndrome) : 有 ; 無

(2) Mondini 氏畸形 (Mondini dysplasia) : 有 ; 無

(3) 其他 : _____

6、綜合診斷 : 無異常 , 雙側異常 , 單側異常 其他疾病

7、治療方法及建議 : 結案 ; 再追蹤評估, 預約日期 : _____年 _____月 _____日

說明 : _____

8、確認日期 : _____年 _____月 _____日

確定 返回

10.7.5 如轉介個案未如期報到，應列印「確認未回轉公衛通知單」，填寫後傳真至個案居住地之衛生局進行追蹤。

10.7.6 完整評估報告出來，確認為聽力異常之個案應轉介至早期療育單位方可結案。

1) 點選「早期療育轉介單暨回函」(HT-01)，記錄「早期療育機構」與報到時間等相關資料後，傳真「確認結果報告單」(HR-02)與「早期療育轉介單暨回函」(HT-01)至早療通報單位、早期療育機構與聽資單位。

11. 遺傳諮詢單位

遺傳諮詢單位協調員收到「篩檢遺傳諮詢轉介單」(HG-03)後，據以執行檢查與個案輔導。

12. 早療通報單位作業

12.1 早療通報單位協調員收到「早期療育轉介單暨回函」(HT-01)時，簽收後回傳至轉介醫院與聽資中心，由聽資中心協調員進行登錄簽收日期。

12.2 個案報到後，協調員進入「早期療育評估結果報告單」(HT-03)中登錄「早期療育日期」與「療育單位」。

12.3 各階段完成評估後，進入系統內登錄評估結果，並列印「早期療育評估結果報告單」(HT-03)，傳真至聽資中心後存檔。

13. 公衛追蹤轉介系統

13.1 公衛系統協調員負責簽收各式轉介公衛通知單後，傳真回「專責轉

介醫院」與「聽資中心」。

13.2 將各區的「健康服務中心」或「衛生所」回覆的追蹤訪視結果結案，並傳真副本至原「專責轉介醫院」與「聽資中心」。

14. 聽力篩檢資料管理中心(聽資中心)

14.1 監偵作業：定期列印下列表單並傳真相關單位

表單	傳真單位
拒篩個案轉公衛通知單(HN-02)	公衛系統
未篩個案轉公衛通知單(HN-03)	公衛系統
篩檢未完成催促通知單(HS-02)	出生院所
確認報告單未收到催促通知單(HR-03)	轉介醫院
早療未報到催促通知單(HT-02)	早療通報中心

14.2 登錄簽收日期

14.2.1 篩檢確認轉介單暨回函(HR-01)

14.2.2 早期療育轉介單暨回函(HT-01)

15. 結算作業

15.1 各聽篩服務單位每月結算篩檢人數，進入「月結申報作業」，

編號	月結申報作業
1	聽力篩檢名冊
2	聽力篩檢人數統計分表

15.1.1 聽力篩檢月結名冊(HD-05)：

1)輸入統計期間之聽篩起迄日期後點選「執行」。

新生兒聽力篩檢名冊																
XX 日期：__年__月__日 ~ __年__月__日										統計日期：_____						
醫院（診所）名稱（代碼）：_____（ ）										頁次： /						
序號	建檔日期	個案姓名	個案 病歷號	母親 身分證號	電 話	出生 日期	戶籍	第一次 聽篩日期	第一次 篩檢結果	第二次 聽篩日期	第二次 篩檢結果	篩檢 結果	轉介單位	轉介日期	通知轉介 公衛日期	備註
		林 XX 之女	--	A200001234	--								--	--	--	--
合計：_____																
結案人數/未結案人數： _____ 通過人數/不通過人數/拒篩人數： _____																
篩檢人數(篩檢率)： _____ (_____) 本單位篩檢數/其他單位篩檢數： _____																
戶籍統計：																
縣市 臺北市 新北市 基隆市 桃園縣 新竹縣 新竹市 苗栗縣 臺中市 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義縣 嘉義市 臺南市 高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 臺東縣 澎湖縣 金門縣 連江縣 外籍																
籍家數																
比率																
經辦人核章： _____										機關首長核章： _____						

Form HD-05.4 SOP Ver. 1.2; 2011/03/10 PMF

2) 其他單位篩檢數即屬院外轉入之個案，由以下名冊表列。

新生兒聽力篩檢名冊																
XX 日期：__年__月__日 ~ __年__月__日										統計日期：_____						
醫院（診所）名稱（代碼）：_____（ ）										院外轉入個案 頁次： /						
序號	建檔日期	個案姓名	個案 病歷號	母親 身分證號	電 話	出生 日期	戶籍	第一次 聽篩日期	第一次 篩檢結果	第二次 聽篩日期	第二次 篩檢結果	篩檢 結果	轉介單位	轉介日期	通知轉介 公衛日期	備註
		林 XX 之女	--	A200001234	--								--	--	--	--
合計：_____																
結案人數/未結案人數： _____ 通過人數/不通過人數/拒篩人數： _____																
篩檢人數(篩檢率)： _____ (_____)																
戶籍統計：																
縣市 臺北市 新北市 基隆市 桃園縣 新竹縣 新竹市 苗栗縣 臺中市 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義縣 嘉義市 臺南市 高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 臺東縣 澎湖縣 金門縣 連江縣 外籍																
籍家數																
比率																
經辦人核章： _____										機關首長核章： _____						

Form HD-05.4 SOP Ver. 1.2; 2011/03/10 PMF

3) 將名冊分別送交臺北市衛生局、新北市衛生局與預防醫學基金會，由名冊下方之戶籍統計處區分「臺北市籍」、「新北市籍」與「非臺北市籍、新北市籍」，以便分別申請款項。

附件 1 100 年度新生兒聽力篩檢計畫參與院所

聽力篩檢作業單位					
編號	醫療院所 代碼	醫院名稱	編號	醫療院所 代碼	醫院名稱
1	B010	西園醫院	44	H016	汐止吳婦產科診所
2	C001	國軍松山醫院	45	H019	新店耕莘醫院
3	E027	吳坤光婦產科診所	46	H020	新店慈濟醫院
4	E077	余正俊婦產科診所	47	H025	永和泰祥婦產科診所
5	E081	李義男婦產科診所	48	H026	永和耕莘醫院
6	E173	周大中婦產科診所	49	H027	永和薛俊福婦產科診所
7	B012	博仁綜合醫院	50	H028	永和柯瑞祥婦產科診所
8	B017	博全婦產科診所	51	H029	永和鍾婦產科診所
9	E025	彭婦產科診所	52	H030	中和春暉醫院
10	E006	益生婦產科診所	53	H038	土城張甫行婦產科診所
11	D002	聖約翰婦產科診所	54	H041	三峽恩主公醫院
12	E085	沈煥昌婦產科診所	55	H042	三峽愛慈婦產科診所
13	E011	蔡廣禧婦產科診所	56	H043	樹林惠生婦產科診所
14	E084	張智郁婦產科診所	57	H044	樹林劉遠祺婦產科診所
15	G241	鍾兆智婦產科診所	58	H045	鶯歌麥婦產科診所
16	A013	臺北市立聯合醫院 婦幼院區	59	H047	三重東和婦產科診所
17	A004	臺北市立聯合醫院 陽明院區	60	H048	三重新北市立聯合醫院
18	A003	臺北市立聯合醫院 中興院區	61	H049	三重王立德婦產科診所
19	A002	臺北市立聯合醫院 和平院區	62	H052	三重惠心婦幼診所
20	D000	臺北市立聯合醫院 仁愛院區	63	H059	新莊天給婦產科診所
21	A001	臺北市立聯合醫院 忠孝院區	64	H060	新莊劉長達婦產科診所
22	B007	臺安醫院	65	H066	新莊署立台北醫院
23	E172	許世賓婦產科診所	66	H071	蘆洲張太和婦產科診所
24	A015	臺大醫院	67	H072	蘆洲宥生婦產科診所

聽力篩檢作業單位					
編號	醫療院所代碼	醫院名稱	編號	醫療院所代碼	醫院名稱
25	B001	馬偕醫院	68	H073	蘆洲長榮宥宥婦產科診所
26	A011	萬芳醫院	69	H078	淡水馬偕醫院
27	B006	振興醫院	70	H192	中和署立雙和醫院
28	B005	新光醫院	71	H196	板橋遠興婦產科診所
29	B023	國泰醫院	72	H197	新莊元程婦產科診所
30	B009	宏恩醫院	73	H212	茵生婦產科診所
31	A000	臺北榮民總醫院	專責確診醫院		
32	C000	三軍總醫院	編號	醫療院所代碼	醫院名稱
33	B000	長庚醫院	1	HR-01	臺北市立聯合醫院 婦幼院區
34	B014	協和婦女醫院	2	HR-02	馬偕紀念醫院
35	B054	財團法人康寧醫院	3	HR-03	振興醫院
36	H001	板橋遠華婦產科診所	4	HR-04	臺大醫院
37	H004	板橋辰祐婦產科診所	5	HR-05	臺北榮總
38	H006	板橋重成婦產科診所	6	HR-06	三軍總醫院
39	H007	板橋國泰醫院	7	HR-07	財團法人天主教耕莘醫院 新店總院
40	H008	板橋合泰婦產小兒科 診所	8	HR-08	財團法人佛教慈濟綜合醫 院臺北分院
41	H009	板橋亞東醫院	9	HR-09	行政院衛生署雙和醫院
42	H011	板橋優生婦產科診所	10	HR-10	亞東紀念醫院
43	H012	板橋孫三源婦產科診 所			

附錄三

聽障血液遺傳學檢查檢體採集須知與程序

I. 檢體種類及採檢量

- (1)聽障基因分析：需抽取小孩 2 ml血液（紫頭管，抗凝劑：EDTA）
- (2)細胞株培養：需抽取小孩 2 ml血液（綠頭管，抗凝劑：Heparin）

II. 檢體採集程序

(1)材料：

- a. 消毒用品：碘酒及 75 % (V/V) 酒精。
- b. 採血用品：針筒、無菌棉花、止血帶、**EDTA** 無菌真空管（紫頭管）及 **Heparin** 無菌真空管（綠頭管）。

(2)採血方法：

- a. 個案採集檢體時不需空腹及禁食。
- b. 以 **Blood culture** 無菌方式消毒，碘酒消毒採血部位後，用 75 % (V/V) 酒精以畫圓方式由內向外擦拭，重覆消毒共三次。
- c. 以 75 % (V/V) 酒精消毒真空管的橡皮頭，待用。
- d. 抽取靜脈血後，針頭直接插入真空管，輕輕搖勻 3-5 分鐘。
- e. 將檢體靜置在『室溫』中避免劇烈振動。

(3)注意事項：

- a. 注意真空管的有效期限、真空度（橡皮頭是否有鬆動、針孔）。
- b. 若無法當天寄送，可保存在室溫下，最遲在 72小時內送達。

III. 運送方式

- (1) 請先將檢體放在透明夾鏈袋內，而後放入專用運送袋中，確保檢體安全運送。
（切勿直接將檢體放入專用運送袋內）
- (2) 請將「聽障血液遺傳學檢查送檢申請單」及「基因相關研究同意書」一併放入專用運送袋內。
- (3) 採血後，請儘速與臺北市立聯合醫院陳家如小姐聯繫，電話：02-27093600#3804，以便安排時間請快遞收取檢體。