

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：_____