

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：_____