

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