

# 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

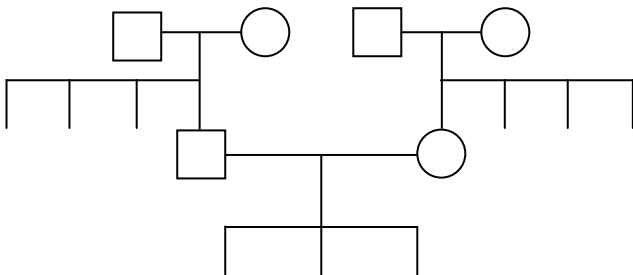
## III. 其他

(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