

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：_____