

(未收到非專責轉介醫院確認報告單通知)

地區：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

## 催 促 通 知

敬啟者：您好！

以下個案的新生兒聽力篩檢 ( aABR ) 結果為「不通過」，個案家長欲前往 \_\_\_\_\_ 醫院進行確認檢查，已於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日通知 貴局進行追蹤。我們目前仍未收到該個案之「新生兒聽力篩檢確認結果報告單 ( Form HR-02 ) 」，煩請確認該個案是否按時至該院接受確認檢查。若該個案已完成確認檢查，請追蹤該院醫師完成填寫 Form HR-02 並寄 (或傳真) 回 貴局。貴局收到該個案之 Form HR-02 後，煩請將 Form HR-02 傳真回本中心，以利結案管理。若有任何問題，請與我們聯絡，謝謝您的合作！！

聽力篩檢資料管理中心

地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號

電話：(02) 8596-2065；傳真：(02) 8596-2067

聯絡人：

個案姓名：\_\_\_\_\_ 母親身分證字號：\_\_\_\_\_

接生醫院：\_\_\_\_\_ 個案出生日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電 話：\_\_\_\_\_ 地 址：\_\_\_\_\_

轉介單簽收日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 轉介醫院：\_\_\_\_\_

## 衛生局簽收單

衛生局協調員簽收：\_\_\_\_\_ 簽收日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

健康服務中心 ( 衛生所 )：\_\_\_\_\_

聯繫 / 訪視人員：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

\* 通知單簽收後請回傳「聽力篩檢資料管理中心」