

新生兒聽力篩檢確認轉介單

轉介醫院：_____； 電話：_____

敬啟者：您好！

以下個案的新生兒聽力篩檢（aABR）結果為「不通過」，個案家屬欲前往 貴院接受進一步確認診斷。請 貴院協助個案於三個月大內完成確診，將確診結果詳細填入隨函所附的「聽力篩檢確認結果報告單（Form HR-02）」，並請將本單寄（或傳真）回衛生局，若您有任何疑問，請與該局聯絡人聯繫！

XXX衛生局 健康管理X

地址：_____

電話：_____

聯絡人：_____

接生單位	院所（ ）			協調員：	
	地址：_____				
	電話：（ ）		傳真：（ ）		
母親姓名		身份證號碼		個案病歷號	
個案資料	性別： <input type="checkbox"/> 男， <input type="checkbox"/> 女； 出生日期： 年 月 日 出生體重：_____ 公克； 早產： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否； 黃疸： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 地址：_____				
	電話：（ ）		行動電話：_____		
篩檢結果 自動聽性腦幹反應 (aABR)	篩檢日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	右 耳	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	
	左 耳	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass， <input type="checkbox"/> refer	
小兒科檢查結果	<input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 異常：_____				
備 註					

篩檢單位協調員：

轉介日期： 年 月 日

衛生局簽收單

協調員簽收：_____

簽收日期：____年____月____日

◎ 轉介單簽收後，請立即回傳「接生單位」及「聽力篩檢資料管理中心」。

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 臺北病理中心

電話：(02) 8596-2065； 傳真：(02) 8596-2067