新生兒聽力篩檢確認轉介單

專責轉介醫院 (編號)：_____ (　　)； 聯絡人：_____

電話：_____ ； 地址：_____

預約日期：____ 年____ 月____ 日 ； 時間：上 / 下午___：___ ； 地點：_____

以下個案新生兒聽力篩檢 (aABR) 結果不通過，請惠予確認檢查！個案確認後，請將「**聽力篩檢確認結果報告單** (Form HR-02)」詳細填妥後，盡速傳回「接生單位」及「聽力篩檢資料管理中心」。)

<table>
<tr><td rowspan="2">接生單位</td><td colspan="5">院所 (　　)　　協調員：</td></tr>
<tr><td colspan="5">地址：
電話：(　)　　傳真：(　)</td></tr>
<tr><td>母親姓名</td><td></td><td>身份證號碼</td><td></td><td>個案病歷號</td><td></td></tr>
<tr><td>個案資料</td><td colspan="5">性別：☐ 男，☐ 女；　出生日期：　　年　　月　　日
出生體重：_____ 公克；　早產：☐ 是，☐ 否；　黃疸：☐ 是，☐ 否
地址：
電話：(　)　　行動電話：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">篩檢結果
自動聽性腦幹反應
(aABR)</td><td>篩檢日期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>右 耳</td><td colspan="2">☐ pass，☐ refer</td><td colspan="2">☐ pass，☐ refer</td><td>☐ pass，☐ refer</td></tr>
<tr><td>左 耳</td><td colspan="2">☐ pass，☐ refer</td><td colspan="2">☐ pass，☐ refer</td><td>☐ pass，☐ refer</td></tr>
<tr><td>小兒科檢查結果</td><td colspan="5">☐ 無異常；☐異常：_____</td></tr>
<tr><td>備　　註</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

篩檢單位協調員：　　轉介日期：　　年　　月　　日

簽 收 單

專責轉介醫院協調員簽收：_____ ； 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