

新生兒聽力篩檢確認結果報告單

一、個案基本資料

個案姓名：_____； 性別：男，女； 個案身份證號碼：_____

出生日期：____年____月____日； 接生院所：_____； 病歷號：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____ 個案戶籍：_____

二、篩檢結果

篩檢單位（編號）：_____（_____）

自動聽性腦幹反應 (aABR)

篩檢日期	結 果		結 果	
	右 耳	左 耳	右 耳	左 耳
年 月 日	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer
年 月 日	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer
年 月 日	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer

三、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：_____

主治醫師：_____； 協調員：_____； 聯絡電話：(____)_____

確診開始日期：____年____月____日

1、耳聲傳射： DPOAE， TEOAE

檢查日期 (年/月/日)	結 果	
	右 耳	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	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer

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"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer
	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> refer

四、小兒科評估及相關檢查結果：

1、一般理學檢查：

體重：_____ gm； 身高：_____ cm； 頭圍：_____ cm

無異常； 顱顏發育異常， 其他 _____

2、其他臨床症狀（可複選）：

- 無異常； 先天性白內障， 先天性青光眼， 色素性視網膜病變，
 先天性心臟病， 紫斑症， 閉塞性黃疸（24小時內發生）， 脾腫大，
 小腦症， 心智發育遲緩， 腦膜腦炎， 長骨放射線透度異常，
 其他 _____

3、個案「母親」本胎產檢是否曾檢驗德國麻疹抗體： 是， IgG：_____； IgM：_____
 否； 不明

4、實驗室檢查：

血液檢查：CMV IgM： Positive， Negative；

Rubella IgM： Positive， Negative；

其他疾病抗體檢驗_____： Positive， Negative

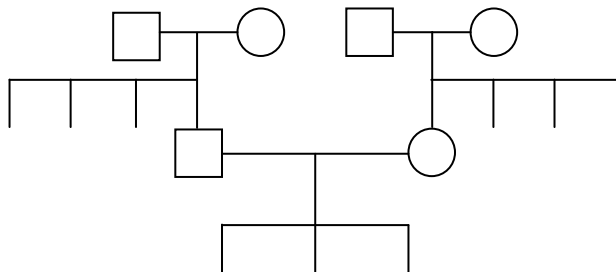
（如 Toxoplasmosis 或 HSV ）

血液遺傳學檢查：_____

其他檢查：_____

5、是否服用 Aminoglycoside 抗生素： 有； 無

6、家族相關病史及圖譜



五、耳鼻喉科完整聽力評估

1、中耳鼓室圖評估結果

檢查日期	部位	使用頻率	鼓室圖類型	檢查日期	部位	使用頻率	鼓室圖類型
(年/月/日)	右耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz		(年/月/日)	右耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz	
	左耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz			左耳	<input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 226 Hz	

2、聽性腦幹誘發電位反應(ABR)，刺激方式： 氣導； 骨導

聽性腦幹反應檢查閾值結果，單位：分貝(dBnHL)

檢查日期	部位	Click	Tone burst			
			0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz
(年/月/日)	右耳					
	左耳					

檢查日期	部位	Click	Tone burst			
			0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz
(年/月/日)	右耳					
	左耳					

3、聽性穩定誘發反應(ASSR)，單位：dB SPL

檢查日期	部位	500 Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	檢查日期	部位	500 Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz
(年/月/日)	右耳					(年/月/日)	右耳				
	左耳						左耳				

4、嬰幼兒行為聽力評估，可信度： 佳， 尚可， 不佳

(1) 刺激音： warble tone， narrow band noise， 其他 _____

刺激音給予方式：聲場；置入式耳機；耳罩式耳機

(2) 檢查法： 行為觀察法 (BOA)， 其他 _____

(3) 最小反應音量表 (閾值表)，單位：分貝(dBHL)

檢查日期	部位	0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	平均 (0.5K、1K、2K、4K Hz)
(年/月/日)	右耳					
	左耳					
	聲場					
檢查日期	部位	0.5K Hz	1K Hz	2K Hz	4K Hz	平均 (0.5K、1K、2K、4K Hz)
(年/月/日)	右耳					
	左耳					
	聲場					

5、其他聽力相關檢查

(1) 前庭導水管擴大症 (Enlarged vestibular aqueduct syndrome) : 有 ; 無

(2) Mondini 氏畸形 (Mondini dysplasia) : 有 ; 無

(3) 其他 : _____

六、綜合診斷 : 無異常 ; 雙側異常 ; 單側異常 ; 其他疾病 _____

說明:

七、治療方法及建議 : 結案 ; 再追蹤評估 ; 預約日期 ____年____月____日

說明:

八、早期療育轉介單位 :

中華民國婦聯聽障文教基金會

雅文兒童聽語文教基金會

臺北市立聯合醫院婦幼院區早療中心

其他單位 _____

早期療育單位聯絡人 : _____ , 電話 : (____) _____

轉介日期 : ____年____月____日

專責轉介醫院協調員 : _____

醫師簽名 : _____

日 期 : 年 月 日

* 填寫完畢後, 請依轉介單內接生單位地址寄回「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