

新生兒聽力篩檢名冊 (院外轉入個案)

匯出日期：____年__月__日

醫院(診所)名稱：_____ (代碼：_____)

建檔人：_____

建檔日期：____年__月__日

出生醫院	建檔序號	轉入日期	個案姓名	本院病歷號	母親身分證號	電話/行動電話	出生日期(年/月/日)	戶籍	出生體重(gm)	第一次篩檢		第二次篩檢		結果	預約專責確認單位及日期	備註
										日期	結果	日期	結果			
			之男 女							右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩				
			之男 女							右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩				
			之男 女							右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩				
			之男 女							右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩				
			之男 女							右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩				
			之男 女							右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	右耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer 左耳： <input type="checkbox"/> pass, <input type="checkbox"/> refer	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 拒篩				