

新生兒聽力篩檢名冊

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

序號	個案姓名	個案 病歷號	母親 身分證字號	電話/ 行動電話	出生日期 (年/月/日)	戶 籍	出生 體重 (gm)	懷孕 週數	第一次篩檢		第二次篩檢		結果	預約專責 確認單位 及日期
									日期	結 果	日期	結 果		
	之男 女							週 天	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							週 天	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							週 天	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							週 天	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							週 天	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							週 天	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							週 天	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			