


新生兒聽力篩檢結果貼紙 / 印章

| | | |
|--|--|--|
| 新生兒聽力篩檢結果 篩檢日期： 年 月 日 篩檢單位： | | |
| aABR 篩檢結果： 右耳： <input type="checkbox"/> 通過； <input type="checkbox"/> 不通過 左耳： <input type="checkbox"/> 通過； <input type="checkbox"/> 不通過 | | |

Form HS-03.1



兒童姓名： _____
 身分證號： _____
 出生日期： _____
 母親姓名： _____
 身分證號： _____

● 本手冊為兒童健康檢查與預防接種的重要紀錄，請永久保存。
 ● 健康檢查、預防接種及就醫時請同時攜帶本手冊及健保IC卡。

行政院衛生署國民健康局 編印

滿一個月健康檢查紀錄

*** 早產兒請用矯正年齡**

| | |
|----------------|----------------|
| 檢查日期： 年 月 日 | 年齡： 月 日 |
| 身長： 公分 (第 百分位) | 體重： 公斤 (第 百分位) |
| 頭圍： 公分 (第 百分位) | |

生長評估：正常 需追蹤 需轉介

身體檢查：無特殊發現
請注意或異常項目

| | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> 需追蹤 | <input type="checkbox"/> 需轉介 |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> 需追蹤 | <input type="checkbox"/> 需轉介 |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> 需追蹤 | <input type="checkbox"/> 需轉介 |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> 需追蹤 | <input type="checkbox"/> 需轉介 |

發展評估：通過 需追蹤 需轉介

衛教及其他指導事項：

- 新生兒先天性代謝異常篩檢 (參閱39頁)
- 聽力篩檢 (參閱39頁)
- 連食及母乳環境建議 (參閱38頁)
- 避免二手菸 (參閱51頁)
- 觀察大便顏色 (參閱4頁)
- 體溫測量
- 車禍傷害預防 (參閱42頁)
- 汽車安全座椅 (嬰兒用臥床)
- 勿過熱嬰兒

醫師簽名： _____

新生兒聽力篩檢結果
 篩檢日期： 年 月 日
 篩檢單位： _____
 aABR 篩檢結果：
 右耳：通過；不通過
 左耳：通過；不通過



建議下次健康檢查時間，約 _____ 個月大時