

(通知院外轉入個案聽篩信函)

通知日期：_____

協助院外轉入個案聽篩通知函

敬啟者：您好！

下列個案為_____出生之新生兒，個案於____年____月____日轉院至 貴院_____科，該個案尚未完成新生兒聽力篩檢。

我們已將個案之基本資料建檔，請登錄「新生兒篩檢管理系統」(<http://hearing.pmf.tw>)，選擇「院外轉入個案作業」，列印「院外轉入個案篩檢名冊」，盡速安排該個案於 貴院接受新生兒聽力篩檢。

完成篩檢後，請登錄「篩檢管理系統」輸入篩檢結果。如該個案的篩檢結果為「不通過」，也請您依照標準作業方式安排小兒科醫師對該個案進行相關檢查，並協助轉介確診作業，謝謝您的協助！

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

聯絡人：

個案姓名：_____；母親身分證字號：_____

個案出生日期：_____年_____月_____日；院外個案建檔序號：_____

電話：_____ 地址：_____

簽收單

協調員簽名_____：簽收日期：_____年_____月_____日

* 通知單簽收後請回傳聽力篩檢資料管理中心 (傳 真：02-8596-2067)

Form HS-04

Ver 1.3；2012/02/22 **PMF**