

新生兒聽力篩檢早期療育轉介單

親愛的家長，您好：

您的寶寶經過專業聽力評估及醫師確診，(疑) 為雙側先天性聽力損失，建議您的寶寶應盡快進入早期療育系統評估，並接受專業聽語療育，以避免錯過寶寶的語言發展黃金期，導致因先天性聽力損失而影響未來的語言發展，造成學習、溝通及社交方面等問題。

為您預約的早期療育機構為 _____

預約時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日； 上午 / 下午 ____ : ____

早期療育單位聯絡人：_____， 電話：(____)_____

地址：_____

請依上列時間帶著您的寶寶前往該早療單位，如您因事不能按時前往，請您務必與早療單位聯絡人聯繫，另行安排報到時間。_____ (電話：_____)
的專業社工人員會提供您相關協助與諮詢。

專責確診醫院：_____

轉介日期：_____年_____月_____日

專責聯絡人：_____

聯絡電話：(____)_____

早療通報單位簽收單

個案姓名：_____； 性別：男，女； 出生日期：_____年_____月_____日；

個案身份證號碼：_____； 個案戶籍：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____

綜合診斷：_____

早療通報單位簽收：_____； 簽收日期：_____年_____月_____日

主責社工員：_____； 電 話：_____

◎ 轉介單簽收後，請立即回傳「專責確診醫院」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