

催 促 通 知

敬啟者：您好！

下列個案是經_____醫院確認聽力異常而轉介至_____進行早期療育，且貴單位已於____年____月____日收案管理。然而本資料庫：

尚未收到該個案的開始早期療育的日期記錄

未收到該個案_____ (個月/歲)的療育評估結果

煩請登入「聽力篩檢資訊管理系統」(<http://hearing.pmf.tw>)，輸入個案早期療育結果，以利治療監偵管理作業。若該個案尚未開始接受或間斷早期療育，請儘速聯絡家長，協助孩子接受早期療育單位的聽語復健及持續的治療，避免造成孩子日後語言發展及學習上的問題。謝謝您的合作！！

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：

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：_____； 轉介醫院病歷號：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____

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「聽力篩檢資料管理中心」。