



國軍新竹地區醫院 新生兒聽力檢查紀錄表

基本資料																
母親姓名	母親身份證字號															
	母親護照號碼(外籍人士)															
新生兒出生日期	____年__月__日			母親聯絡資訊			電話：(____) _____									
				手機：_____												
新生兒性別	男 女															
現居住地址	鄉鎮市區代碼															
	縣		市鄉		村		路		段		巷 號					
	市		區鎮		里		街		弄		樓					
新生兒聽力檢查結果																
檢查機構名稱				檢查醫事機構代碼			0	5	1	2	0	4	0	0	1	4
第一次檢查日期	____年____月____日															
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)，須進行第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩			左耳結果			<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)，須進行第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩									
第二次檢查日期	____年____月____日															
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過(40dBnHL) <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩			左耳結果			<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL) <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩									
檢查結果	<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不確定：第一次篩檢不通過(<40dBnHL)，未做第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩															
檢查人員																

陽性個案轉診單	
1. 前項檢查陽性個案轉至_____	醫療機構接受確診。
2. 轉診醫師：_____，聯絡電話：_____	

第一聯 檢查醫療機構留存(本資料請留存於病歷)

第二聯 確診醫療機構留存