

健康署新生兒聽力篩檢檢查紀錄結果表單

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

基本資料										
母親姓名	母親身分證字號									
	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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓									
新生兒聽力檢查結果										
檢查機構名稱	檢查醫事機構代碼									
第一次檢查日期	年	月	日							
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL), 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 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL), 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 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩			左耳結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩					
檢查結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不確定：第一次篩檢不通過 (≥40 dBnHL), 未做第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩									
檢查人員										

備註：

- 一、本紀錄表填寫方式請參照「新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式」。
- 二、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。
- 三、新生兒聽力檢查結果如第一次篩檢左、右耳皆<40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行第二次篩檢, 如左、右耳或其中一耳聽力≥40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過, 須進行第二次篩檢。
- 四、篩檢疑似異常個案需進行進一步確診, 請依健保署全民健保轉診規定填寫全民健康保險院(所)轉診單。