

學前兒童聽力篩檢轉介表

_____ 縣市 _____ 鄉鎮區 _____ 托兒所 幼稚園

姓名：_____ 男 女 生日：_____年_____月_____日

住址：_____ 電話：(____) _____

轉介原因：

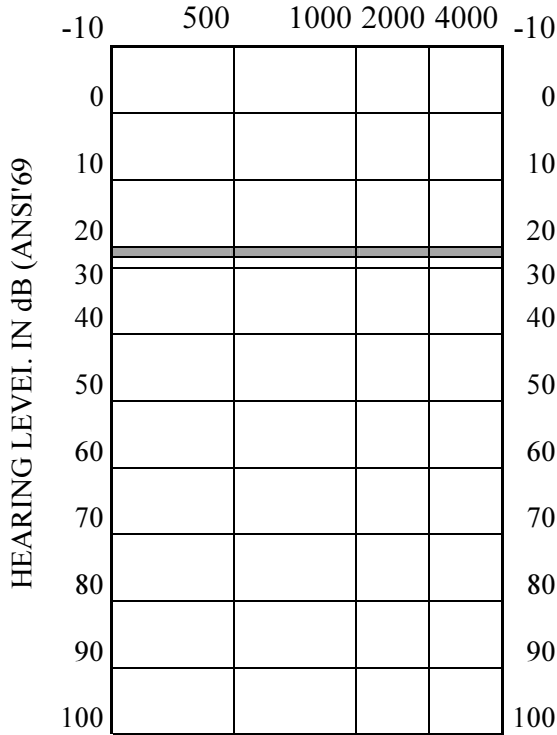
純音聽力初篩未通過 初篩未完成 初篩日期：_____ 初篩人員：_____

複檢醫療機構名稱：_____

檢查項目	初次複檢(未治療)： 年 月 日		耳膜檢查(代碼)： 0.正常 1.中耳積水 2.急性中耳炎 3.其他
	左 耳	右 耳	
1.耳膜檢查：			
2.鼓室圖	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	

複檢醫師簽名：_____

3.純音聽力複檢 (PURE TONE AUDIOMETRY)



未複檢原因：

- 1.已至其他醫療院所檢查治療
(醫院名稱：_____)
- 2.追蹤多次未就診
- 3.至轉介醫院交通不便
- 4.其他註明：_____

左耳: 0.5K_____ 1K_____ 2K_____ 4K_____

右耳: 0.5K_____ 1K_____ 2K_____ 4K_____

複檢聽力師簽名：_____

複檢確診：

左耳	<input type="checkbox"/> 聽力正常 <input type="checkbox"/> 感音性聽力障礙 <input type="checkbox"/> 傳導性聽力障礙 <input type="checkbox"/> 混合型
	<input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度
右耳	<input type="checkbox"/> 聽力正常 <input type="checkbox"/> 感音性聽力障礙 <input type="checkbox"/> 傳導性聽力障礙 <input type="checkbox"/> 混合型
	<input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度

聽障程度：輕度：26-40 dBHL, 中度：41-70 dBHL, 重度：71-90 dBHL, 極重度：>90 dBH※確定本個案已有上列項目之聽障，請確實追問家長是否原先已經知道該童有聽障 家長已知道 家長不清楚