

學前兒童聽力篩檢異常個案追蹤表

_____縣市 _____鄉鎮區 托兒所 幼稚園
 姓名：_____ 男 女 生日：____年____月____日
 住址：_____ 電話：() _____

複檢診斷名稱：

中耳炎 感音神經性聽障 其他 (註明)：_____

追蹤矯治情形：

醫院名稱 (或機構名稱)：_____

矯治項目：

- 1.藥物
- 2.手術
- 3.溝通輔助器 (助聽器)
- 4.聽能復健
- 5.語言治療
- 6.其他註明

：_____

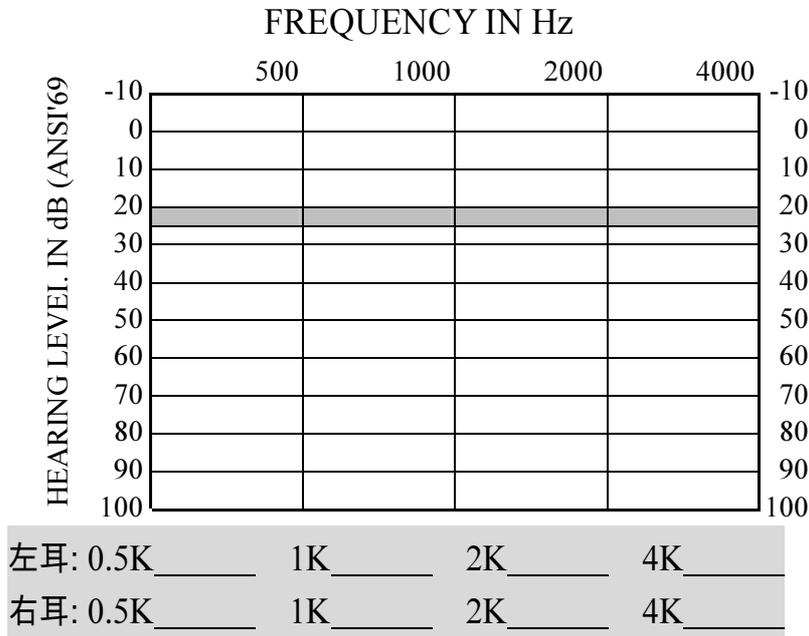
複檢 (治療矯治後)： 年 月 日

檢查項目	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

耳膜檢查 (代碼)：

0.正常 1.中耳積水 2.急性中耳炎 3.其他

已適當治療後之純音聽力圖及分貝：



追蹤日期：____年____月____日

追蹤人員：姓名_____ 職稱_____ 聯絡電話 () _____