

注意事項

- 一、學前兒童聽力初篩未通過或未完成之篩檢個案，可轉介至醫學中心從事客觀性檢查，若個案不合作以致無法完成檢查，應追蹤至少3次以上確定拒絕檢查，並於學前兒童聽力篩檢異常個案追蹤表上記錄拒絕原因。
- 二、初篩未通過個案需轉介至醫院複檢，請交付書面轉診單，並依全民健康保險轉診作業辦理。
- 三、本縣聽力檢查醫療院所為『南基醫院、竹山秀傳醫院、埔里榮民醫院、佑民醫療社團法人佑民醫院』。

104 年度南投縣_____衛生所學齡前兒童聽力篩檢名冊及結果

_____鄉市(鎮)區_____幼兒園

連絡人及電話：

篩檢人員：

篩檢數： 人

編號	姓名	性別	出生年月日	聽力初篩			篩檢日期： 年 月 日	
				通過	未通過	未完成	環境噪音 (dB)	篩檢人員

第 頁 (共 頁)

填表說明：

- (1) 先記錄環境噪音值，然後做篩檢
- (2) 若兩耳各篩檢頻率均有反應：在【通過】欄打「√」
- (3) 若有任一耳任一頻率未有反應：在【未通過】欄打「√」
- (4) 若幼兒之行為或其他原因未能完成篩檢者，則在【未完成】欄打「√」
- (5) 完成一名個案時，再記錄完成時之環境噪音值，並在篩檢人員欄簽名，若名冊中之幼童均由同一人完成篩檢，則後續之簽名欄可填「”」

PS：本表請於篩檢結束後一星期交衛生所。

學前兒童聽力篩檢轉介表

南投縣_____市鎮_____幼兒園

姓名：_____ 男 女 生日：_____年_____月_____日

住址：_____ 電話：(____)_____

轉介原因：

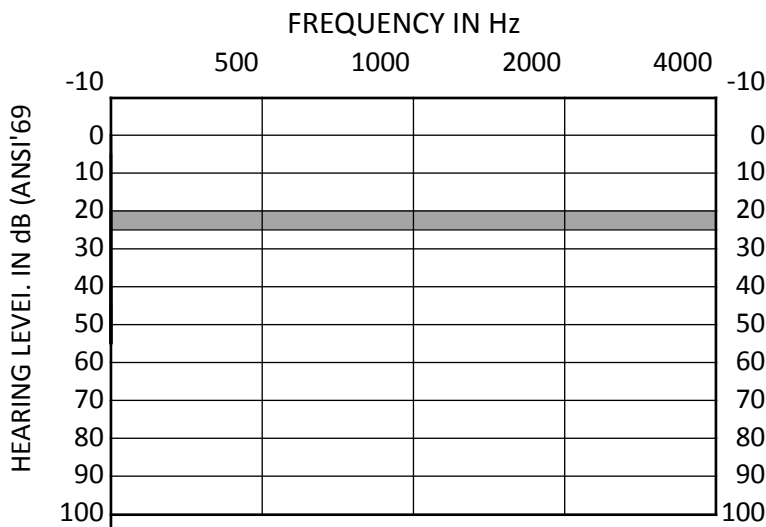
純音聽力初篩未通過 初篩未完成 初篩日期：_____ 初篩人員：_____

複檢醫療機構名稱：_____ 日期：_____

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"/> C1	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C2	

純音聽力複檢 (PURE TONE AUDIOMETRY)

複檢醫師簽名：_____



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 dBHL

※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

若複檢確診者為：聽力正常填表至此即可，感恩！
若為其它診斷，繼續接受治療者，請翻至背面續填另頁“追蹤表”

學前兒童聽力篩檢異常個案追蹤表

南投 縣市 _____ 市鎮 _____ 幼兒園

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)：_____

追矯治情形：

醫院名稱(或機構名稱)：_____

矯治項目：

複檢(治療矯治後)： 年 月 日

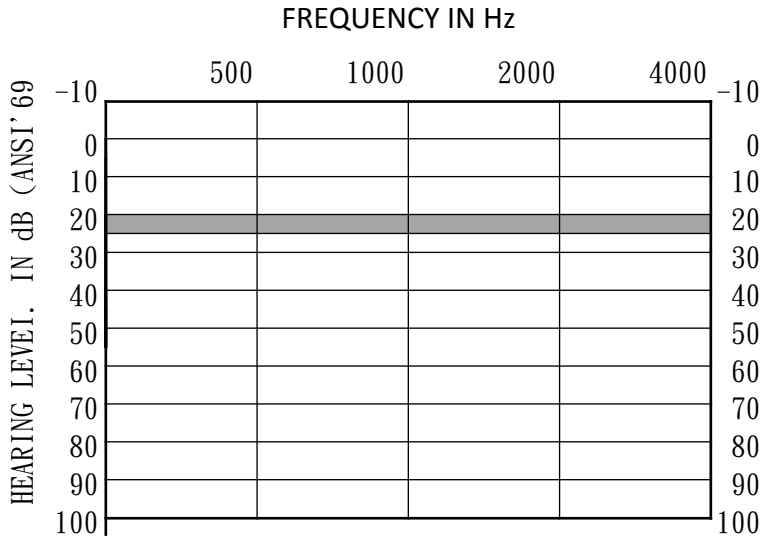
- 1. 藥物
- 2. 手術
- 3. 溝通輔助器 (助聽器)
- 4. 聽能復健
- 5. 語言治療
- 6. 定期追蹤
- 7. 其他註明：_____

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"/> A <input type="checkbox"/> B
	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<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：



左耳：0.5K _____ 1K _____ 2K _____ 4K _____

右耳：0.5K _____ 1K _____ 2K _____ 4K _____

追蹤日期：_____年 _____月 _____日

追蹤人員：姓名 _____ 職稱 _____ 聯絡電話 () _____

填表說明：

異常個案之追蹤矯治：

- (1). 複檢確定為聽力異常個案，以異常個案追蹤表做追蹤矯治管理。
- (2). 異常個案矯治情形包括複檢時之分貝及矯治後之分貝。
- (3). 矯治項目依個案之異常需求排定醫療及管理流程。

請務必追蹤每個異常個案兒童之聽力矯治狀況，並記錄最近矯治情形。

並回覆 _____ 衛生所 (049) _____ 或 FAX (049) _____ 感恩您 ~