

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：

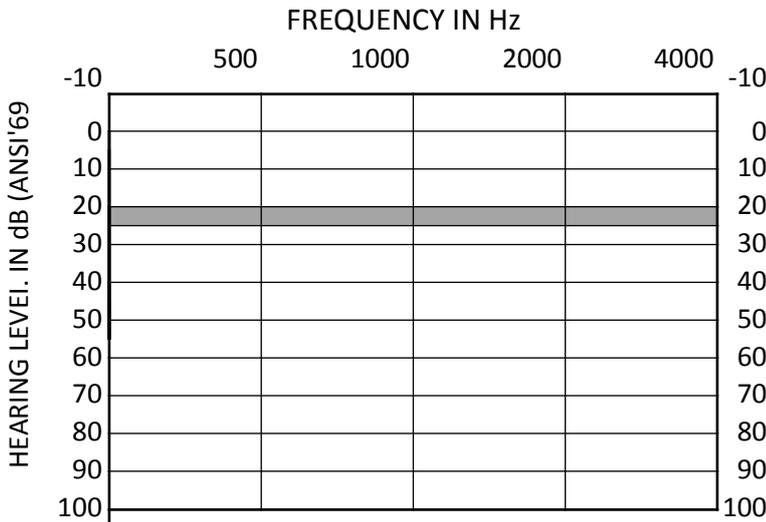
純音聽力初篩未通過 初篩未完成 初篩日期：_____ 初篩人員：_____

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	

複檢醫師簽名：_____

純音聽力複檢 (PURE TONE AUDIOMETRY)



左耳: 0.5K__ 1K__ 2K__ 4K__

右耳: 0.5K__ 1K__ 2K__ 4K__ 複檢聽力師簽名：_____

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：_____

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

耳膜檢查

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

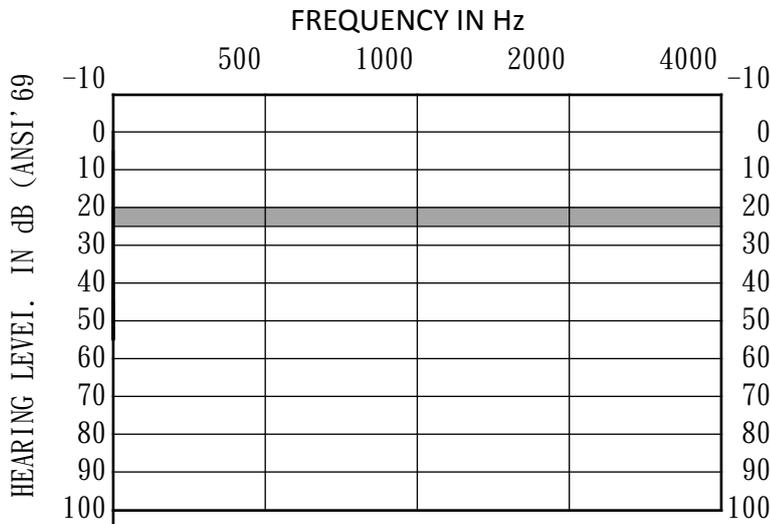
(代碼)：

- 6. 定期追蹤

常 1. 中耳積水 2. 急性中耳炎 3. 其他

- 7. 其他註明：_____

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

