

## 臺北市衛生局 \_\_\_\_\_ 年學齡前兒童整合性社區篩檢服務 學齡前兒童聽力篩檢異常個案追蹤表

臺北市 \_\_\_\_\_ 區  幼兒園  其他 111年12月7日核定

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)： \_\_\_\_\_

醫院名稱 (或機構名稱)： \_\_\_\_\_

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)：

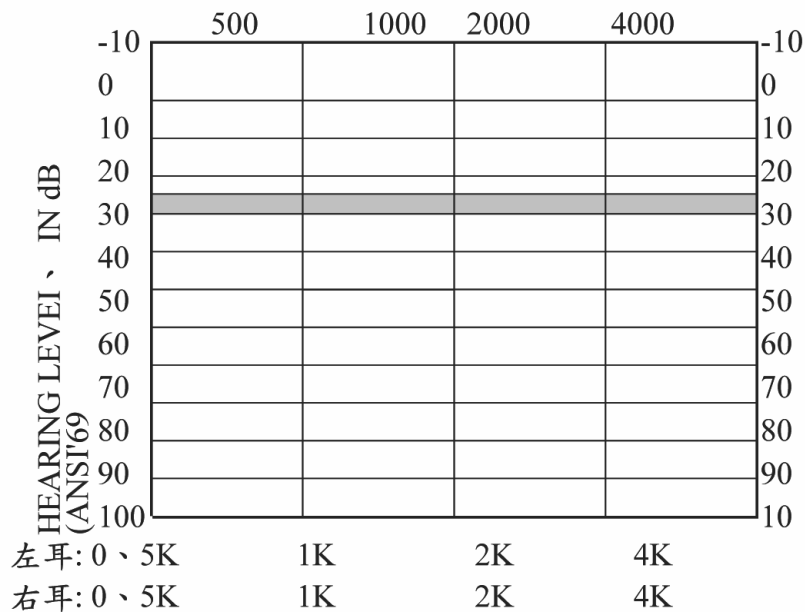
0、正常 1、中耳積水 2、急性中耳炎 3、其他

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、定期追蹤
- 7、其他註明

已適當治療後之純音聽力圖及分貝：

FREQUENCY IN Hz



矯治後情形： 已正常  矯治中

追蹤日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 追蹤人員：姓名 \_\_\_\_\_ 職稱 \_\_\_\_\_

聯絡電話 ( \_\_\_\_\_ )