學前兒童聽力篩檢異常個案追蹤表

臺南市_____ **區**_____**幼兒園**

姓名：_____ □ **男** □ **女**　　**生日**：____**年**____**月**____**日**

住址：_____ **電話**：(　)_____

本人同意衛生所調閱本次相關檢查資料：_____（請簽名）

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：

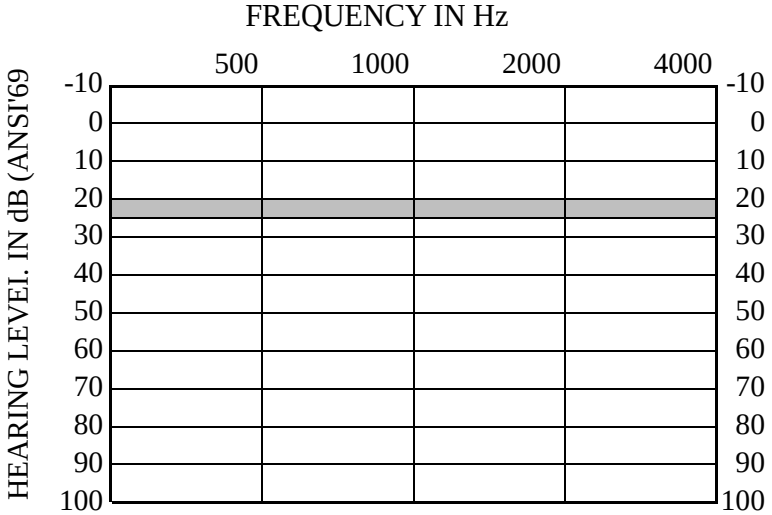
- □ 1.**藥物**
- □ 2.**手術**
- □ 3.**溝通輔助器**（**助聽器**）
- □ 4.**聽能復健**
- □ 5.**語言治療**
- □ 6.**定期追蹤**
- □ 7.**其他註明**：_____

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	□A □B □C1 □C2	□A □B □C1 □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**(　)_____