

臺南市 _____ 區學齡前兒童聽力篩檢名冊(3歲未滿4歲)

幼兒園名稱： _____ 幼兒園 聯絡老師： _____ 電話：06- _____ 班級： _____ 班/ _____ 人
 檢查日期： _____ 受檢人數： _____ 人 統計男： _____ 位、女： _____ 位
 *請以一班為一份，並請將異常孩童填在第一頁

年次	編號	幼童姓名	生日	性別		左耳		右耳		轉介		複檢結果		矯治情形		家長聯絡電話 (異常孩童)
				男	女	通過	不通過	通過	不通過	無	有	正常	異常	無	有	
108年1至12月出生未滿三歲未滿四歲	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
	7															
	8															
	9															
	10															
	11															
	12															
	13															
	14															
	15															
	16															
	17															
	18															
	19															
	20															

本表由各幼兒園填報，各自存一份，送衛生所一份