

「新生兒聽力篩檢醫療機構」認證申請表

壹、申請單位基本資料表

申請醫院	全名：		
醫療機構負責人	姓名：		
醫事機構代碼		所屬健保分區別 (如：北區)	
地址			
聯絡人	姓名		電話
	傳真		
新生兒聽力篩檢 主責醫師	姓名		電話
	科別		e-mail
合作機構名稱 (無則免填)	全名：		

貳、工作人員 (請將負責新生兒聽力篩檢所有工作人員資料填於附表，並檢送相關證件之影本)。

姓名	職稱	年齡	性別	學歷	證書字號	工作內容	到職年月日	本項篩檢受訓時數

工作內容請寫下列代碼：(A：儀器操作；B：篩檢結果系統登入；C：個案追蹤；D：品管)，請於表格內註明。

參、新生兒聽力篩檢儀器資料 (請附醫療器材許可證)，每台設備皆須衛生署核可及填妥以下資料，若表格不夠請自行影印填寫。

編號	廠牌/型號

肆、應檢附文件

- 開業執照影本
 儀器通過衛生署核可之證明文件
 篩檢人員證明文件

新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

1. 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表12-1】格式

- 輸入醫療機構聯絡資料，俾利回覆資料檢核結果。
- 格式欄位V為必填、□為非必填。
 - 英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。

12-1 醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫院名稱	文字	20	V	全名
2	醫療機構代碼	文字	10	V	
3	聯絡人姓名	文字	10	V	
4	聯絡人電話	文字	20	V	

12-2 新生兒聽力篩檢結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫療機構代碼	文字	10	V	
2	母親身分證號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	母親病歷號碼	文字	10	□	
4	母親姓名	文字	10	V	
5	母親電話	文字	20	V	
6	母親手機	文字	10	□	聯絡電話與手機擇一必填。
7	新生兒病歷號碼	文字	10	□	
8	新生兒性別	文字	2	V	1：男；2：女。
9	出生日期	文字	8	V	YYYYMMDD
10	現居地址	文字	60	V	
11	做月子地址	文字	60	□	
12	做月子電話	文字	20	□	
13	第一次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
14	第一次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力<40dBnHL 2.不通過：聽力≥40dBnHL，須進行第二次篩檢 3.未篩或拒篩(家長簽署知情不同意書)
15	第一次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力<40dBnHL 2.不通過：聽力≥40dBnHL，須進行第二次篩檢 3.未篩或拒篩(家長簽署知情不同意書)
16	第二次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
17	第二次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力<40dBnHL 2.不通過：聽力≥40dBnHL，須進行轉介 3.未篩或拒篩(家長簽署知情不同意書)
18	第二次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力<40dBnHL 2.不通過：聽力≥40dBnHL，須進行轉介 3.未篩或拒篩(家長簽署知情不同意書)

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
19	篩檢結果	文字	1	V	1.通過：聽力 $<40\text{dBnHL}$ 2.不通過：聽力 $\geq 40\text{dBnHL}$ ，第二次篩檢聽力 $\geq 40\text{dBnHL}$ 須進行轉介 3.不確定：第一次篩檢不通過，未做第二次篩檢 4.未篩或拒篩(家長簽署知情不同意書)