附件4

新生儿听力筛查未通过儿童转诊单

|  |
| --- |
| 儿童姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日  监护人姓名： 现住址：  联系电话：  第一联 交监护人 |
| 筛查方法：  筛查结果：左耳：通过 未通过 （ ）dB HL/SPL  右耳：通过 未通过 （ ）dB HL/SPL  转往医院：  检查者签字：  筛查日期： 年 月 日  筛查机构名称（医院盖章） |

|  |
| --- |
| 儿童姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日  监护人姓名： 现住址：  联系电话：  第二联 医院留存 |
| 筛查方法：  筛查结果：左耳：通过 未通过 （ ）dB HL/SPL  右耳：通过 未通过 （ ）dB HL/SPL  转往医院：  检查者签字：  筛查日期： 年 月 日  筛查机构名称（医院盖章） |