附件5

**脱贫地区新生儿疾病筛查项目听力筛查未通过儿童月度上转登记表**

（ 月）

听力筛查机构： 县妇幼保健计划生育服务中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 儿童姓名 | 性别 | 出生日期 | 家长姓名 | 家庭住址 | 联系电话 | 筛查方法 | 左耳筛查结果 | 右耳筛查结果 |
|
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.每月3日前听力筛查机构将上月未通过儿童登记表报县妇幼保健计划生育服务机构；

2.每月5日前，县妇幼保健计划生育服务机构将上月未通过儿童登记表报对口听力诊断机构

听力筛查机构：报送人： 报送日期： 年 月 日

县妇幼保健计划生育服务中心：报送人： 报送日期： 年 月 日