

听力筛选表格

学生姓名 _____ 学年 _____

学校名称 _____ 年级 _____

初步检查人 _____ 日期 _____

听力标准：纯音听力测试。如果学生的任一耳朵没有对 20dB 听力水平的任何一个音调（频率）作出反应，则该学生不能通过筛选测试。

筛选日期： _____

		频率 (HZ)		
		1000	2000	4000
右耳	HL 20	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过
		<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败
左耳	HL 20	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过
		<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败

检查人： _____

听力计： _____

最近校准日期： _____

鼓室测压法：右耳 _____

鼓室测压法：左耳 _____

备注：

- 在正常范围内
 需重新筛选（两周之内）
 需推荐看医生

Recheck Date: _____

		频率 (HZ)		
		1000	2000	4000
右耳	HL 20	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过
		<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败
左耳	HL 20	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 通过
		<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败	<input type="checkbox"/> 失败

检查人： _____

听力计： _____

最近校准日期： _____

鼓室测压法：右耳 _____

鼓室测压法：左耳 _____

备注：

- 在正常范围内
 需重新筛选（两周之内）
 需推荐看医生

问题解决方案： _____

如果该儿童不能适应纯音听力测试，则可以使用听觉反应筛查器。

日期： _____ 通过 失败 检查人： _____

所需过程/评估的可选表格