

【板橋國小視力檢查複檢與矯治回條】

____年____班 座號____ 姓名____

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()、左眼() 未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力 右:_____左:_____

若有異常，請打勾（可複選） 1、☐弱視（☐右眼 ☐左眼） 2、☐屈光不正 散瞳：☐是☐否 度數：（請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數） (1)☐近視：右眼()度 左眼()度 (2)☐遠視：右眼()度 左眼()度 (3)☐散光(負值)：右眼()度 左眼()度 3、其他異常（請註明）_____	醫師建議處理 1、☐長效散瞳劑（阿托平 Atropine） 2、☐短效散瞳劑 3、☐其他藥物_____ 4、☐配鏡矯治 5、☐更換鏡片 6、☐遮眼治療 7、☐配戴隱形眼鏡（☐軟式☐硬式） 8、☐角膜塑型片 9、☐視力保健衛教 10、☐其他_____ 11、☐定期檢查（醫師建議下次回診日期： 年 月 日）
--	--

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱： 眼科醫師簽章： 檢查日期 年 月 日

家長聯絡事項: 家長簽章:

【板橋國小視力檢查複檢與矯治回條】

____年____班 座號____ 姓名____

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()、左眼() 未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力 右:_____左:_____

若有異常，請打勾（可複選） 1、☐弱視（☐右眼 ☐左眼） 2、☐屈光不正 散瞳：☐是☐否 度數：（請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數） (1)☐近視：右眼()度 左眼()度 (2)☐遠視：右眼()度 左眼()度 (3)☐散光(負值)：右眼()度 左眼()度 3、其他異常（請註明）_____	醫師建議處理 1、☐長效散瞳劑（阿托平 Atropine） 2、☐短效散瞳劑 3、☐其他藥物_____ 4、☐配鏡矯治 5、☐更換鏡片 6、☐遮眼治療 7、☐配戴隱形眼鏡（☐軟式☐硬式） 8、☐角膜塑型片 9、☐視力保健衛教 10、☐其他_____ 11、☐定期檢查（醫師建議下次回診日期： 年 月 日）
--	--

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱: 眼科醫師簽章: 檢查日期 年 月 日

家長聯絡事項: 家長簽章: