

桃園市觀音區崙坪國民小學107學年一年級學學檢查結果暨矯治追蹤統計表

類別		男		女		合計												
受檢學生總數		12		14		26												
健檢無異狀學生數		6		6		12												
科別	統計	未實施人數		檢查項目結果發現異狀						複檢就醫矯治追蹤情形								備註「及其他異常項目」
		男	女	男		女		合計＊		複檢正常☆		複檢異常△		未就醫×		就醫率		
	檢查名稱	人數	人數	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	%		
眼科	辨色力異常	0	0	1	8.33%	0	0.00%	1	3.85%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	100.00%		
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
耳鼻喉	聽力異常	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	耳道畸形	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	耳膜破損	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	耳聾鼻塞	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	扁桃腺腫大	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
頭頸	斜頸	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	異常腫塊	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
胸部	心肺疾病	0	0	0	0.00%	1	7.14%	1	3.85%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	100.00%		
	胸廓異常	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
腹部	腹部異常腫大	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
脊柱四肢	脊柱側彎	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	肢體畸形	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	踮趾困難	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
泌尿生殖	隱室	0	14	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0				
	包皮異常	0	14	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0				
	精索靜脈曲張	0	14	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	14	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0				
皮膚	癬	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	疥瘡	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	疣	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	異位性皮膚炎	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	溼疹	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
牙科	未治療齲齒	0	0	5	41.67%	7	50.00%	12	46.15%	0	0.00%	10	83.33%	2	16.67%	83.33%		
	已治療齲齒	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%									
	大臼齒齲齒經驗	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%									
	大臼齒齲齒經驗	0	0	0	0.00%	2	14.29%	2	7.69%									
	治療急迫性	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%									
	恆牙白齒窩溝封	0	0	2	16.67%	1	7.14%	3	11.54%									
	口腔衛生不良	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	牙結石	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	牙齦炎	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	咬合不正	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	口腔黏膜異常	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
	其他	0	0	5	41.67%	7	50.00%	12	46.15%	0	0.00%	10	83.33%	2	16.67%	83.33%		
	血壓判讀	12	14	0		0		0		0		0		0				
	蠕蟲陽性	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
尿液篩檢	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0					

製表人: 護理師林孟君

學務組長

學務組長 徐文義

輔導主任

輔導主任 徐淑榕

校長:

崙坪國民小學 校長 陳志奇

填表日期 年 月 日

說明:

一、本表置於教育部網站體育司業務介紹之學校衛生項之健康檢查,請依「班級健康檢查結果暨矯治追蹤名冊」一、四、七年級分開統計。

二、異狀百分比=異狀人數÷受檢總人數,就醫率=(☆+○)÷(☆+○+×)。

三、健康檢查於上學期執行者本表於二月底前上傳完成,並製作一式兩份,一份留存學校備查,一份送教育局體健課。

四、視力不良是指E字視力檢查表篩檢值任一眼低於0.8以下(含0.8),近視、遠視、散光、斜視的判斷是指經眼科醫師診斷後的判斷結果。

辨色力異常,指以色盲檢查卡檢出辨色異狀人數。

五、蠕蟲陽性的統計,請填寫與健康檢查同學期之第一次蠕蟲檢查陽性的人數。

六、近視、遠視、散光為視力不良分類診斷,故不計算矯治率。

類別		男		女		合計											
受檢學生總數		11		11		22											
健檢無異狀學生數		5		5		10											
科別	統計	未實施人數		檢查項目結果發現異狀						複檢就醫矯治追蹤情形							備註〔及其他異常項目〕
		男	女	男		女		合計＊		複檢正常☆		複檢異常△		未就醫×		就醫率	
	檢查名稱	人數	人數	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	%	
眼科	辨色力異常	0	0	1	9.09%	0	0.00%	1	4.55%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0.00%	
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
耳鼻喉	聽力異常	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	耳道畸形	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	耳膜破損	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	耳聾鼻塞	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	扁桃腺腫大	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	斜頸	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
頭頸	異常腫塊	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	心肺疾病	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
胸部	胸廓異常	0	0	1	9.09%	0	0.00%	1	4.55%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0.00%	
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	腹部異常腫大	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
腹部	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	脊柱側彎	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
脊柱四肢	肢體畸形	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	蹲踞困難	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	隱辜	0	11	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0			
泌尿生殖	包皮異常	0	11	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0			
	精索靜脈曲張	0	11	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0			
	其他	0	11	0	0.00%	0		0	0.00%	0		0		0			
	癬	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
皮膚	疥瘡	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	疣	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	異位性皮炎	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	溼疹	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	其他	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0			
	未治療齲齒	0	0	5	45.45%	6	54.55%	11	50.00%	0	0.00%	10	90.91%	1	9.09%	90.91%	
	已治療齲齒	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%								
大白齒齲齒經驗	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%									
大白齒齲齒經驗	0	0	1	9.09%	2	18.18%	3	13.64%									
治療急迫性	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%									
恆牙白齒窩溝封	0	0	2	18.18%	2	18.18%	4	18.18%									
口腔衛生不良	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
牙結石	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
牙齦炎	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
咬合不正	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
口腔黏膜異常	1	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
其他	0	0	5	45.45%	5	45.45%	10	45.45%	0	0.00%	9	90.00%	1	10.00%	90.00%		
血壓判讀	11	11	0		0		0		0		0		0				
蛻蟲陽性	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				
尿液篩檢	0	0	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0		0		0				

製表人: **護理師林孟君** 學務組長: **學務徐文義** 輔導主輔: **導徐淑榕** 校長: **崙坪國民小學 陳志奇** 填表日期 年 月 日

說明:

- 一、本表置於教育部網站體育司業務介紹之學校衛生項之健康檢查, 請依「班級健康檢查結果暨矯治追蹤名冊」一、四、七年級分開統計。
- 二、異狀百分比=異狀人數÷受檢總人數, 就醫率= (☆+○) ÷ (☆+○+×) × 100%
- 三、健康檢查於上學期執行者本表於二月底前上傳完成並製作一式兩份, 一份留存學校備查, 一份送教育局體健課。
- 四、視力不良是指E字視力檢查表篩檢值佳。眼低於0.8以下(含0.8), 近視、遠視、散光、斜視的判斷是指經眼科醫師診斷後的判斷結果; 辨色力異常指以色盲檢查卡檢出辨色異狀人數。
- 五、蟯蟲陽性的統計, 請填寫與健康檢查同學期之第一次蟯蟲檢查陽性的人數。
- 六、近視、遠視、散光為視力不良分類診斷, 故不計算矯治率。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班3號羅少廷，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.15左:0.15

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(75)度 左眼(75)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值): 右眼(100)度

左眼(125)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: 里安眼科診所

家長聯絡事項: 3532025016

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:



檢查日期 108 年 3 月 9 日

家長簽章: 陳香茹

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班6號李家奇，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.6左:0.7

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(150)度 左眼(160)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值): 右眼()度

左眼(25)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:



檢查日期 年 月 日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班8號林家詳，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.05左:0.05

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(-2.50)度 左眼(-2.25)度

(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度

(3) ☒散光(負值)：右眼(-1.87)度
左眼(-0.87)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：南臺大學眼科診所

家長聯絡事項：

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章：

林意純

檢查日期

108.3.01

月

日

家長簽章：

林坤龍

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班11號蔡佑辰，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.4左:0.5

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(-0.75)度 左眼(-0.5)度

(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值)：右眼(-0.5)度
左眼(-0.37)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：108年5月20日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：南臺大學眼科診所

家長聯絡事項：

請於108/04/26前繳交回條。

眼科醫師簽章：

林意純

檢查日期

年

月

日

家長簽章：

蔡佑辰

107.4.24

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班17號卓珮翎，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
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(25)度 左眼(75)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☒散光(負值): 右眼(100)度
左眼(200)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：

家長聯絡事項：

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章：



檢查日期

家長簽章：



月

日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班18號簡亦瑩，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右: 1.0 左: 1.0

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: 108 年 7 月 4 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

家長聯絡事項：

請於108/04/26前繳交回條。

眼科醫師簽章：



檢查日期

家長簽章：

年

月

日



視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班21號梁云亭，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.5 左:0.1

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(150)度 左眼(150)度

(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值)：右眼(100)度
左眼(50)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：

家長聯絡事項：

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章

醫師馮遠威
執照號碼A10303363

檢查日期108年7月11日

家長簽章：潘世毅

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班號陳羽霏，身分證字號：

醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右：____左：____

未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.12 左:0.12

若有異常，請打勾(可複選)

1. ☐弱視

2. ☐屈光不正

散瞳：☐是 ☒否 度數：

(請務必填寫下屈光值，若角膜塑型請填原始度數)

(1) ☐近視：右眼(300)度 左眼(350)度

(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值)：右眼(225)度
左眼(250)度

3. 其他異常(請註明)_____

醫師建議處理

1. ☐長效散瞳劑

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

8. ☐角膜塑型

9. ☐其他_____

10. ☐定期檢查(下次回診

日期： 年 月 日)

(請填入存根聯)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

家長聯絡事項：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

眼科醫師簽章

醫師馮遠威
執照號碼A10303363

檢查日期108年4月9日

家長簽章：張書全

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班2號高丞弘，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右: 0.4 左: 0.3

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(-1.75)度 左眼(-1.5)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:

醫師楊尚賢

檢查日期

家長簽章:

108年3月14日
3332022579
03.3.14

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班11號陳俐瑄，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右: 0.4 左: 0.3

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(75)度 左眼(75)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:

范姜祥正

檢查日期

家長簽章:

108年4月8日



視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班8號陳旻祥，醫師檢查結果：

目前有使用輔具 ☐眼鏡 ☐隱形眼鏡 ☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
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(175)度 左眼(100)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值): 右眼(100)度
左眼(87)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:

檢查日期

年 月 日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班16號梁芸甄，醫師檢查結果：

目前有使用輔具 ☐眼鏡 ☐隱形眼鏡 ☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右: 23 左: 09

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(150)度 左眼(50)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☒散光(負值): 右眼(28)度
左眼(100)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:

家長聯絡事項:

請於108/04/26前繳交回條。

眼科醫師簽章:

檢查日期

年 月 日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班5號梁哲銘，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度

未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.2 左:0.2

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(-2.00)度 左眼(-1.75)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

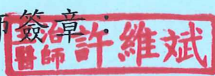
日期: 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章: 

檢查日期

家長簽章:



日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班6號高侑芊，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度

未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.7 左:0.7

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(-0.5)度 左眼(-0.5)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章: 

檢查日期

家長簽章:



日

中壢大學眼科診所視力回條

班級:

座號:

學生姓名: 江謝家均

診療日期: 108年2月20日

視力情形: 近視: 右眼 -0.87 左眼 -0.12 遠視: 右眼 左眼

散光: 右眼 -0.25 左眼 -0.37

矯正後視力情形: 裸視: 右眼 左眼

矯正: 右眼 左眼

其他眼疾:

醫師診治與情形: ☒ 定期門診追蹤 ☐ 藥物治療 ☐ 遮眼治療 ☐ 配戴隱形眼鏡

☐ 配戴眼鏡 ☐ 更換鏡片 ☐ 已配鏡 ☐ 其它建議

家長連絡事項: 點藥治療並定期檢查

診療醫院: 中壢大學眼科診所

診療醫師: 林意純

學生家長簽名:

☆ 提醒你依醫師指示確實點藥並定期回診以及良好之用眼習慣

☆ 我們擁有專業眼科醫師群以及優秀的醫護團隊, 提供你全方位完善優良高品質的醫療服務

☆ 大學眼科與你一起關心你的眼睛健康☆

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班9號邱佩珍, 醫師檢查結果:

目前有使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度

未使用上述輔具時(角膜塑型不填): 裸視視力右: 0.4 左: 0.2

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(255)度 左眼(275)度

(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐ 散光(負值): 右眼(75)度

左眼(25)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:

檢查日期 108 年 3 月 7 日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班11號陳可軒，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.2左:0.3

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(15)度 左眼(10)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☒散光(負值): 右眼()度

左眼(5)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:108年4月9日)

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:

檢查日期

年

月

日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班17號徐可馨，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼(0)度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.5左:0.5

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(75)度 左眼(75)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值): 右眼(15)度

左眼(5)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:108年4月2日)

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章:

檢查日期

108年

3月

2日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班20號江謝妤，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.3 左:0.3

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(-1.50)度 左眼(-2.00)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☒散光(負值): 右眼(-0.5)度
左眼(-0.75)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:

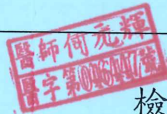
醫療機構名稱:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。



眼科醫師簽章:



檢查日期 年 月 日

家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班15號蔡侑軒，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右:0.8 左:0.6

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(-0.25)度 左眼(-0.37)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值): 右眼(-1.37)度
左眼(-1.37)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: 108年5月5日)

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

家長聯絡事項:

請於108/04/26前繳交回條。

中華大學眼科診所

眼科醫師簽章:



檢查日期 年 月 日

家長簽章:

108年4月24日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班21號江巧淇，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右: 0.3左: 0.4

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)

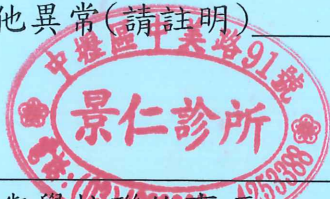
(1) ☐近視: 右眼(350)度 左眼(225)度

(2) ☐遠視: 右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值): 右眼()度

左眼(25)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:

家長聯絡事項:

請於108/03/25前繳交回條。

眼科醫師簽章: _____

檢查日期 108 年 3 月 9 日

家長簽章: _____

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班19號王韻慈，醫師檢查結果：

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力右: 0.5左: 2.5

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(-1.00)度 左眼(-1.00)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)

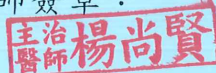
眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

家長聯絡事項:

請於108/04/26前繳交回條。

眼科醫師簽章: _____



檢查日期

家長簽章: _____

