

視力健康檢查複檢與矯治回條

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女一年甲班17號張忻好，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):裸視視力右:0.9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度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐ 近視: 右眼(50)度 左眼(50)度
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(100)度 左眼(75)度

3. 其他異常(請註明):
新配鏡片，不戴眼鏡

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. ☐ 角膜型型片
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:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班5號張奕豪，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):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度，若角膜型型請填原始度數)
(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(-0.5)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. ☐ 角膜型型片
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:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班3號羅少廷，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):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度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐ 近視: 右眼(100)度 左眼(100)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):
近視100-125，新配鏡片

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. ☐ 角膜型型片
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: 108 年 4 月 15 日
家長聯絡事項: 家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班6號李幸家，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):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度，若角膜型型請填原始度數)
(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(5)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. ☐ 角膜型型片
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: 108 年 3 月 20 日
家長聯絡事項: 家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班9號陳芷涵，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):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度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐ 近視: 右眼(50)度 左眼()度
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼(100)度
(3) ☐ 散光(負值): 右眼()度 左眼()度

3. 其他異常(請註明):
新配鏡片

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. ☐ 角膜型型片
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: 109 年 4 月 18 日
家長聯絡事項: 家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班11號張岳辰，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):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度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐ 近視: 右眼(-1.5)度 左眼(-1.2)度
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(-0.5)度 左眼(0.5)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. ☐ 角膜型型片
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:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班11號張岳辰，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(0.7)度左眼(1.2)度
未使用上述補具時(角膜型型不填):裸視視力右:0.7左:1.5

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度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐ 近視: 右眼(175)度 左眼(-0.5)度
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(-1.5)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. ☐ 角膜型型片
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: 109 年 4 月 30 日
家長聯絡事項: 家長簽章:

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班2號高孟弘，醫師檢查結果：
目前使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述補具時(角膜型型不填):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度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐ 近視: 右眼(-1.5)度 左眼(-1.5)度
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(-0.5)度 左眼(-0.5)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. ☐ 角膜型型片
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:

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女四年甲班15號李瑞紅，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：裸視視力右：0.1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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (1) ☐ 近視：右眼(0.25)度 左眼(0.25)度
 (2) ☐ 遠視：右眼()度 左眼()度
 (3) ☐ 散光(負值)：右眼(0.10)度 左眼(0.10)度
 3. 其他異常(請註明)：

醫師建議處理：
 1. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班11號黃秋洪，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：裸視視力右：0.6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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (1) ☐ 近視：右眼(1.75)度 左眼()度
 (2) ☐ 遠視：右眼()度 左眼()度
 (3) ☐ 散光(負值)：右眼(1.75)度 左眼(1.75)度
 3. 其他異常(請註明)：

醫師建議處理：
 1. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班3號江洪津，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：裸視視力右：0.1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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (1) ☐ 近視：右眼(1.75)度 左眼(1.50)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. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班14號吳巧珍，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：裸視視力右：0.1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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (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. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班15號陳宜如，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：裸視視力右：0.1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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (1) ☐ 近視：右眼(0.50)度 左眼(0.50)度
 (2) ☐ 遠視：右眼()度 左眼()度
 (3) ☐ 散光(負值)：右眼(0.50)度 左眼(0.50)度
 3. 其他異常(請註明)：

醫師建議處理：
 1. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班21號黃均登，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (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. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班18號謝定芸，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (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. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

青子女五年甲班22號林芸蓉，醫師檢查結果：
 目前有使用補具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
 未使用上述補具時(角膜型型不填)：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
 3. ☐ 其他： ☐ 是 ☐ 否 度數：
 (請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
 (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. ☐ 配戴散瞳劑(阿托平Atropine)
 2. ☐ 配戴散瞳劑
 3. ☐ 其他藥物：
 4. ☐ 配戴矯治
 5. ☐ 更換鏡片
 6. ☐ 配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
 7. ☐ 角膜型型片
 8. ☐ 視力保健衛教
 9. ☐ 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： 日期： 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班1號劉俊宏，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☒ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 0.5 左: 0.5

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼(<u>0.0</u>)度 左眼()度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼(<u>0.5</u>)度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>0.5</u>)度 左眼(<u>0.5</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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: 9年4月2日
家長聯絡事項: 家長簽章: 趙秀云
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女一年甲班9號張瑞純，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(1.0)度左眼(1.0)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 左:

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼()度 左眼()度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼(<u>+2.00</u>)度 左眼(<u>+2.00</u>)度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>-1.75</u>)度 左眼(<u>-1.75</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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:
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班6號高佑平，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 0.5 左: 0.5

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼(<u>-0.5</u>)度 左眼(<u>-1.5</u>)度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼()度 左眼()度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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:
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女一年甲班18號姜文馨，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(0.9)度左眼(0.9)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 左:

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼()度 左眼()度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼(<u>1.75</u>)度 左眼(<u>2.00</u>)度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>1.50</u>)度 左眼(<u>1.50</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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: 9年5月8日
家長聯絡事項: 家長簽章: 姜文馨
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班1號張清宇，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(0.9)度左眼(1.0)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 左:

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼()度 左眼(<u>-0.6</u>)度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>-2.75</u>)度 左眼(<u>-2.75</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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: 張清宇
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班8號林家祥，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(1.0)度左眼(1.0)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 左:

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼(<u>-3.75</u>)度 左眼(<u>-3.75</u>)度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼()度 左眼()度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>-2.25</u>)度 左眼(<u>-2.25</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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: 林家祥
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班16號江崇銘，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(1.0)度左眼(1.0)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 0.4 左: 0.4

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☒ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼()度 左眼()度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼(<u>1.00</u>)度 左眼()度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>1.00</u>)度 左眼(<u>1.00</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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: 109. 4. 06
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年甲班25號高巧欣，醫師檢查結果：
目前使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜型型 → 戴鏡視力右眼(1.0)度左眼(1.0)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填):裸視視力右: 左:

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼)	1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平Atropine)
2. ☐ 屈光不正	2. ☐ 短效散瞳劑
散瞳: ☐ 是 ☐ 否 度數:	3. ☐ 其他藥物
(請務必填寫下列屈光值，若角膜型型請填原始度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(1) ☐ 近視: 右眼()度 左眼()度	5. ☐ 更換鏡片
(2) ☐ 遠視: 右眼(<u>+1.00</u>)度 左眼(<u>+1.00</u>)度	6. ☐ 遮眼治療
(3) ☐ 散光(負值): 右眼(<u>-1.75</u>)度 左眼(<u>-1.75</u>)度	7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 視力保健衛教
	9. ☐ 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:
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班5號許家豪，醫師檢查結果：
目前使用輔具☒眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☒是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-1.5)度 左眼(-1.5)度
(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度
(3) ☐散光(負值)：右眼(-0.5)度 左眼()度
3. 其他異常(請註明) 此非配鏡處方

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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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： 2020年3月日)

眼科醫師與學校聯絡事項：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期： 年 月 日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班6號許家豪，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-1.5)度 左眼(-1.5)度
(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度
(3) ☐散光(負值)：右眼(-0.5)度 左眼()度
3. 其他異常(請註明) 此非配鏡處方

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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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： 2020年3月日)

眼科醫師與學校聯絡事項：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期： 年 月 日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班13號陳可廷，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-0.75)度 左眼(-0.75)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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期：2020年11月日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班13號陳可廷，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-0.75)度 左眼(-0.75)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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期：2020年11月日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班11號許詠智，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼(-0.6)度左眼(-0.7)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-5.0)度 左眼(-5.5)度
(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度
(3) ☐散光(負值)：右眼(-1.5)度 左眼(-0.5)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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期： 年 月 日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班12號許詠軒，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼(0.6)度左眼(0.9)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-7.5)度 左眼(-8.0)度
(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度
(3) ☐散光(負值)：右眼(1.0)度 左眼(1.0)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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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： 2020年3月日)

眼科醫師與學校聯絡事項：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期：2020年11月日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班11號許詠智，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-2.75)度 左眼(-2.75)度
(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度
(3) ☐散光(負值)：右眼(-1.0)度 左眼(-1.0)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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期： 年 月 日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班13號陳可廷，醫師檢查結果：
目前使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜型型 → 戴鏡視力右眼(0.9)度左眼(1.0)度
未使用上述輔具時(角膜型型不填)：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
戴鏡：☐是 ☐否 度數：
(請務必填寫下列屈光度，若角膜型型請填原始度數)
(1) ☐近視：右眼(-4.75)度 左眼(-4.0)度
(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度
(3) ☐散光(負值)：右眼(-0.5)度 左眼(-0.5)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. ☐適眼治療
7. ☐配戴隱形眼鏡(口款式口硬式)
8. ☐角膜型型片
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：
醫務機構名稱：莊子 眼科醫師簽章：莊子 檢查日期： 年 月 日
家長聯絡事項：莊子 家長簽章：莊子
請於109/05/01前繳交回條。

視力健康檢查複檢與補治回條			
貴子於六年甲組5號原戴眼鏡，醫師檢查結果： 目前有使用補具() ☒ 眼鏡() ☒ 隱形眼鏡() ☒ 角膜型隱形() ☒ 度 未使用上述補具者(角膜型不填)：裸視視力右() ☒ 左() ☒ 度			
若有異常，請打勾()可複視： ☐ 斜視 () ☒ 右眼 () ☒ 左眼 () ☐ 視光不正			
戴鏡：() ☒ 度 光度： (請將必須填寫下列品光值，若角膜型隱形填原品光度) (1)遠視：右眼() ☒ 度 左眼() ☒ 度 (2)遠視：右眼() ☒ 度 左眼() ☒ 度 (3)近光(右眼)：右眼() ☒ 度 左眼() ☒ 度			
3. 其他異常(請註明) 雙眼使用補具時，視力可達1.0			
眼科醫師與驗光師聯名： 醫師與驗光師 家長聯名事項： 日期： 年/月/日 附戴或回條。	<table border="1"> <tr> <td> 醫師檢查項目： ☐屈光不正(阿托品atropine) ☐其他補具 ☐配鏡矯治 ☐戴隱形眼鏡 ☐配戴隱形眼鏡()☒軟式()☒硬式 ☐角膜型隱形片 ☐視力保健眼鏡 ☐其他 ☒定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年/月/日) </td> <td> 檢查日期： 9年3月31日 家長簽名： 陳玉娟 </td> </tr> </table>	醫師檢查項目： ☐ 屈光不正(阿托品atropine) ☐ 其他補具 ☐ 配鏡矯治 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 配戴隱形眼鏡() ☒ 軟式() ☒ 硬式 ☐ 角膜型隱形片 ☐ 視力保健眼鏡 ☐ 其他 ☒ 定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年/月/日)	檢查日期： 9年3月31日 家長簽名： 陳玉娟
醫師檢查項目： ☐ 屈光不正(阿托品atropine) ☐ 其他補具 ☐ 配鏡矯治 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 配戴隱形眼鏡() ☒ 軟式() ☒ 硬式 ☐ 角膜型隱形片 ☐ 視力保健眼鏡 ☐ 其他 ☒ 定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年/月/日)	檢查日期： 9年3月31日 家長簽名： 陳玉娟		

視力健康檢查複檢與矯治回報 貴子/女六年甲班7號同學家，醫師檢查結果： 目前有使用矯正眼鏡()隱形眼鏡()角膜型矯正眼鏡() 未使用上述矯正器具(角膜型矯正眼鏡)：裸視視力為：左：____ 右：____ 若有異常，請打勾(可複選)： 1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼) 2. ☐ 屈光不正 戴鏡： ☐ 隱 ☐ 否 度數： (請詳細填寫下列屈光值，並角膜型矯正鏡片厚度數)： (1) ☐ 近視：右眼(<u>0.39</u>)度 左眼(<u>0.39</u>)度 (2) ☐ 遠視：()度 左眼()度 (3) ☐ 散光(負值)：右眼(<u>0.39</u>)度 左眼(<u>0.66</u>)度 3. 其他異常(請註明)：_____		醫師建議事項： 1. ☐ 配戴矯正眼鏡(阿托品Atropine) 2. ☐ 配戴夜間眼鏡 3. ☐ 其他治療 4. ☐ 配戴矯治 5. ☐ 配戴鏡片 6. ☐ 配戴治療 7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式) 8. ☐ 角膜型隱形 9. ☐ 角膜塑形鏡 10. ☐ 其他治療 11. ☐ 定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年 月 日)
眼科醫師與學校保健事項： 醫院接洽名錄： <u>大學眼科診所</u> 眼科醫師簽章： 家長聯絡事項： 繳款109/05/01醫療費交回條。	檢查日期： 年 月 日 家長簽章： 	

視力健康檢查複檢與矯治回診	
貴子女六年甲班14號江謝家春，醫師檢查結果： 目前有使用輔具 ☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角質型隱形 → 戴鏡視力右眼($\frac{1}{10}$) 度 左眼($\frac{1}{10}$) 度 未使用上述輔具時(角質型隱形不填)：裸視視力右：1 左：	
若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理：
1. ☐ 斜視 ☐ 散光 ☐ 左眼	1. ☐ 長良視矯治(阿托品atropine)
2. ☐ 散光不正	2. ☐ 屈光矯正矯治
戴鏡： ☐ 是 ☐ 否 度數：	3. ☐ 其他名稱：_____
(請細說或寫下下列度數，若角質型隱形請填基片度數)	4. ☐ 配鏡矯治
(20)遠視：右眼($\frac{1}{5}$) 度 左眼($\frac{1}{5}$) 度	5. ☐ 配戴隱形
(20)遠視：右眼() 度 左眼() 度	6. ☐ 配戴隱形
(30)散光(負值)：右眼($\frac{1}{4}$) 度 左眼($\frac{1}{4}$) 度	7. ☐ 配戴隱形矯治(OK式或OK鏡式)
3. 其他異常(請註明)	8. ☐ 角質型隱形
	9. ☐ 視力保健措施
	10. ☐ 其他
	11. ☐ 定期檢查(醫師建議下次回診日期)
	日期： 年 月 日

視力健康檢查表與矯治回條

貴子女六年甲班20號江雨軒，醫師檢查結果：

目前使用矯治眼鏡屬球形散光角膜型型 → 戴鏡視力右眼(1.0)度左眼(0.9)度
未使用上述矯正時角膜型不矯正視視力左：左：

另有異常：

☐ 斜視 ☐ 右眼 ☐ 左眼

☐ 無光不正

散光：☐ 是 ☐ 否 度數：

(請將正確填寫下列散光度，若角膜型型填寫厚度散度)

(1) 遠視：右眼(→5)度 左眼(→5)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼(→5)度

左眼(→5)度

3. 其他異常(請註明)

特殊矯正處方：

☐ 隱形眼鏡矯正(阿托平atropine)

☐ 隱形眼鏡矯正

☐ 其他儀器

☐ 配鏡處方

☐ 更換鏡片

☐ 適應性訓練

☐ 配鏡處方(款式)款式(款式)

☐ 角質型散光

☐ 視力促進訓練

☐ 其他儀器

11. 配鏡師姓名(醫師建議下切勿

日期： 年 月 日

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫師機構名稱：

家長聯絡事項：

檢附109/05/01前繳回日期

眼科醫師簽章：

檢查日期

年

月

日

家長簽章：

江雨軒
2021/5/10

家長簽章