

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5號羅少奇，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 (1.0)、左眼 (1.0)

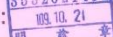
未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：_____ 左：_____

<p>若有異常，請打勾 (可複選)</p> <p>1、<input checked="" type="checkbox"/>弱視 (<input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼)</p> <p>2、<input type="checkbox"/>屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/>是 <input checked="" type="checkbox"/>否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>近視：右眼()度 左眼()度</p> <p>(2) <input checked="" type="checkbox"/>遠視：右眼(50)度 左眼(50)度</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>散光(負值)：右眼(50)度 左眼(50)度</p> <p>3、其他異常 (請註明) _____</p> <p style="text-align: center; color: blue;">遠視已改善</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input type="checkbox"/>長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/>短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/>其他藥物 _____</p> <p>4、<input type="checkbox"/>配鏡矯治</p> <p>5、<input type="checkbox"/>更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/>遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/>配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/>軟式 <input type="checkbox"/>硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/>角膜塑型片</p> <p>9、<input type="checkbox"/>視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>11、<input checked="" type="checkbox"/>定期檢查 (醫師建議下次回診)</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>
---	---

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. 10. 02

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條


貴子女一年乙班10號王慕澄，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 (1.0)、左眼 (1.0)

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：_____ 左：_____

<p>若有異常，請打勾 (可複選)</p> <p>1、<input type="checkbox"/>弱視 (<input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼)</p> <p>2、<input checked="" type="checkbox"/>屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/>是 <input checked="" type="checkbox"/>否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>近視：右眼()度 左眼()度</p> <p>(2) <input checked="" type="checkbox"/>遠視：右眼(+1.5)度 左眼(+1.5)度</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>散光(負值)：右眼(-1.5)度 左眼(-1.5)度</p> <p>3、其他異常 (請註明) _____</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input type="checkbox"/>長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/>短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/>其他藥物 _____</p> <p>4、<input type="checkbox"/>配鏡矯治</p> <p>5、<input type="checkbox"/>更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/>遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/>配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/>軟式 <input type="checkbox"/>硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/>角膜塑型片</p> <p>9、<input type="checkbox"/>視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>11、<input type="checkbox"/>定期檢查 (醫師建議下次回診)</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>
---	--

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： 

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

謝文婷

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班9號梁瑋純，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 ()、左眼 ()

未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力 右：1.0 左：0.8

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理
1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)	1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine)
2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正	2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑
散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物
度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)	4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治
(1) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼()度	5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片
(2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼(<u>50</u>)度 左眼(<u>75</u>)度	6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療
(3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(<u>75</u>)度	7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)
左眼(<u>150</u>)度	8、 <input checked="" type="checkbox"/> 角膜塑型片
3、其他異常(請註明)	9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教
	10、 <input type="checkbox"/> 其他
	11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：

家長聯絡事項：

檢查日期 年 月 日

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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15號范羽蕎，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 ()、左眼 ()

未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.8 左：0.7

若有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理
1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)	1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine)
2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正	<input type="checkbox"/> 短效散瞳劑
散瞳： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 其他藥物
度數：(請務必填寫下列屈光值)	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治
(1) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()	<input type="checkbox"/> 更換鏡片
(2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼(<u>75</u>)	<input type="checkbox"/> 遮眼治療
(3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼()	<input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)
左眼()	<input type="checkbox"/> 角膜塑型片
3、其他異常(請註明)	<input type="checkbox"/> 視力保健衛教
	<input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 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：科門診眼

家長聯絡事項：

檢查日期 2020-10-14 日

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆。

NAME: HUOVITZ HRK-8000A
 DATE: 2020/10/14 11:43
 No. 9501
 1.04.16A
 I REF: Cyl. Form: (-)
 <R> SPH CYL AX
 +2.75 -1.75 179
 +2.75 -1.75 0
 +2.75 -1.75 0
 AVG +2.75 -1.75 0
 S.E +1.87
 <L> SPH CYL AX
 +3.25 -2.00 179
 +3.25 -2.00 177
 +3.25 -2.00 177
 AVG +3.25 -2.00 178
 S.E +2.25
 PD = 56mm
 PD = 58mm

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女二年甲班18號姜又馨，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 (1.0)、左眼 (1.0)

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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼()度 (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視：右眼(175)度 左眼(175)度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(175)度 左眼(200)度 3、其他異常 (請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：眼科診所

眼科醫師簽章：

醫師
張鈞凱

檢查日期

109. 10. 31

家長簽章：

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 請於109/10/16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11號張清宇，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 (0.9)、左眼 (0.7)

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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(-0.37)度 左眼(-1.12)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(-2.81)度 左眼(-2.50)度 3、其他異常 (請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查 (醫師建議下次回診 日期：109 年 11 月 01 日)
--	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

中樞大學眼科診所

眼科醫師簽章：

醫師

檢查日期

109 10. 02

家長簽章：

張雅萍

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

兒童視力檢查結果

姓名：謝采恩 病歷號碼：22249561

裸視：
右眼 0.8 矯正後視力：
左眼 2.8 右眼 1.0
左眼 1.0

診斷：

- 近視，度數 右眼 _____ 左眼 _____
- 遠視，度數 右眼 +1.75 左眼 +1.00
- 散光，度數 右眼 -1.00 左眼 -1.75
- 弱視， 右眼 左眼
- 斜視， 右眼 左眼
- 其他，註： _____
- 正常

建議：

- 點藥
- 配鏡
- 定期追蹤檢查

醫師簽名： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日



長庚紀念醫院 眼科

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班7號蔡瑜中，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 ()、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(200)度 左眼(200)度

(3) 散光(負值)：右眼(350)度

左眼(375)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)

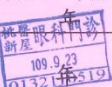
眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

眼科醫師簽章



檢查日期



月 日

家長聯絡事項：

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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 (1.0)、左眼 (1.0)

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(-3.75)度 左眼(-3.75)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼(-2.25)度

左眼(-1.25)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：

眼科醫師簽章



檢查日期



月 日

家長聯絡事項：

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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9號李祐呈，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼()度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(30)度 左眼(50)度 3、其他異常(請註明)	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 11、 <input type="checkbox"/> 定期檢查(醫師建議下次回診日期 109年12月31日)
--	--

此非配鏡處方

眼科醫師與學校聯絡事項：


醫療機構名稱： 眼科醫師簽章：

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

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號陳奕婷，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 度數：(請務必填寫下列屈光 (1) <input type="checkbox"/> 近視：右眼() (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視：右眼(+7.25) 左眼 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼 左眼 3、其他異常(請註明)	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年 月 日)
---	--


NAME:
DATE: 2020/10/07 16:31
No. 9065
HUJITZ HRK-8000A
1.04.16A

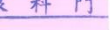
VD: 12.0
Cyl. Form: (-)

<R>	SPH	CYL	AX
	+7.00	-2.00	175
	+7.25	-2.00	173
	+7.25	-2.00	174
	+7.25	-2.00	174
AVG	+7.25	-2.00	174
S.E	+6.25		

<L>	SPH	CYL	AX
	+6.75	-2.00	11
	+6.75	-2.00	10
	+6.75	-2.00	11
	+6.50	-1.75	10
AVG	+6.75	-2.00	11
S.E	+5.75		

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱： 聯新國際醫院

家長聯絡事項：

學生基本資料若有疑誤請於家長

檢查日期 年 月 日

家長簽章：2020-10-07

交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班25號高巧欣，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 (1.0)、左眼 (1.0)

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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼()度 (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視：右眼(+1.50)度 左眼(+1.50)度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(-2.50)度 左眼(-2.50)度 3、其他異常 (請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：_____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

主醫師
楊尚賢

新時代眼科
3532022579
眼科
醫師章

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班26號陳羿霏，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼(475)度 左眼(475)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 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：_____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

醫師王璐

眼科診所
9.25
8532111781

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年甲班5號楊子頤，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 (0.7)、左眼 (0.2)

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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼 (-475) 度 左眼 (-450) 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼 () 度 左眼 () 度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼 (-75) 度 左眼 (-75) 度 3、其他異常 (請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input checked="" type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input checked="" type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：_____

眼科醫師簽章：_____

醫師石元春
醫字第016707號

檢查日期 109年 9月 26日

家長簽章：_____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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6號許家睿，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼 (350) 度 左眼 (25) 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼 () 度 左眼 () 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼 (50) 度 左眼 () 度 3、其他異常 (請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 定期檢查 (醫師建議下次回診 日期： 年 月 日)
--	---

此非配鏡處方

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：_____

家長聯絡事項：_____

眼科醫師簽章：_____

醫師江敏鈴

檢查日期 109年 10月 6日

家長簽章：_____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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 (1.0)、左眼 (1.0)
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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(-1.75)度 左眼(-1.50)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 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、 <input checked="" type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：

家長聯絡事項：

檢查日期

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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號陳可妮，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼()度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(-0.5)度 左眼(-1.00)度 3、其他異常(請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 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：

家長聯絡事項

檢查日期

家長簽章

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

林雅雯



視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班1號楊詠智，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 (0.8) 、左眼 (0.1)

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：_____ 左：_____

<p>若有異常，請打勾 (可複選)</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)</p> <p>2、<input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 近視：右眼 (-50) 度 左眼 (-50) 度</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼 () 度 左眼 () 度</p> <p>(3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼 (-175) 度 左眼 (-100) 度</p> <p>3、其他異常 (請註明) _____</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input checked="" type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 其他藥物 _____</p> <p>4、<input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治</p> <p>5、<input checked="" type="checkbox"/> 更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/> 遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/> 角膜塑型片</p> <p>9、<input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p>11、<input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查 (醫師建議下次回診日期： 年 月 日)</p>
---	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱： 聖安眼科診所 眼科醫師簽章：_____

醫師石元春
醫字第016707號

檢查日期 109年9月26日

家長聯絡事項：_____

家長簽章： 楊暉誠

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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號鍾秉宏，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 (1.0) 、左眼 (1.0)

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：_____ 左：_____

<p>若有異常，請打勾 (可複選)</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 屈光不正</p> <p>散瞳：<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值)</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 近視：右眼 () 度</p> <p>(2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視：右眼 (50) 度</p> <p>(3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼 () 度 左眼 () 度</p> <p>3、其他異常 (請註明) _____</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 其他藥物 _____</p> <p>4、<input type="checkbox"/> 配鏡矯治</p> <p>5、<input type="checkbox"/> 更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/> 遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/> 角膜塑型片</p> <p>9、<input type="checkbox"/> 視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p>11、<input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查 (醫師建議下次回診日期： 年 月 日)</p>
---	---

NAME: _____
 DATE: 2020/10/14 11:42
 No. 9500
 HUVITZ HRK-8000A
 1.04.16A
 [REF] _____ VD: 12.0
 Cyl. Form: (-)
 <R> SPH CVL AX
 +5.75 -3.75 178
 +5.75 -4.00 177
 +5.75 -4.25 177

 AVG +5.75 -4.00 177
 S.E +3.75
 <L> SPH CVL AX
 +5.75 -4.25 179
 +5.75 -4.25 178
 +5.75 -4.25 178

 AVG +5.75 -4.25 178
 S.E +3.62
 PD = 67mm
 PD = 68mm

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱： 聯新國際醫院 眼科門診

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

檢查日期 2020-10-14日

家長簽章：_____

交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班10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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼(<u>250</u>)度 左眼(<u>275</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(<u>125</u>)度 左眼(<u>100</u>)度 3、其他異常(請註明) <u>9</u>	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 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：王璐琦

檢查日期：109.10.03 年 月 日

家長聯絡事項：_____ 家長簽章：_____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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12號黃毅軒，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼(<u>-225</u>)度 左眼(<u>-250</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input checked="" type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(醫師建議下次回診) 日期： <u>109</u> 年 <u>9</u> 月 <u>13</u> 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9月13日

家長聯絡事項：_____ 家長簽章：_____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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13號劉芝安，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(0.9)、左眼(0.9)
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力 右：_____ 左：_____

<p>若有異常，請打勾(可複選)</p> <p>1、<input type="checkbox"/>弱視 (<input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼)</p> <p>2、<input type="checkbox"/>屈光不正</p> <p>散瞳：<input checked="" type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)</p> <p>(1) <input checked="" type="checkbox"/>近視：右眼(-4.5)度 左眼(-3.75)度</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>遠視：右眼()度 左眼()度</p> <p>(3) <input checked="" type="checkbox"/>散光(負值)：右眼(-0.75)度 左眼(-0.75)度</p> <p>3、其他異常(請註明) _____</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input checked="" type="checkbox"/>長效散瞳劑(阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/>短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/>其他藥物 _____</p> <p>4、<input checked="" type="checkbox"/>配鏡矯治</p> <p>5、<input type="checkbox"/>更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/>遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/>配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/>軟式 <input type="checkbox"/>硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/>角膜塑型片</p> <p>9、<input type="checkbox"/>視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>11、<input type="checkbox"/>定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年 月 日)</p>
--	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

眼科醫師簽章



家長聯絡事項：

檢查日期 年 月 日

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女一年乙班7號曾詩語，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 ()、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(50)度

(3) 散光(負值)：右眼()度

左眼(50)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、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：109年12月3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： 8582060239

家長簽章： _____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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17號蔡忻妤，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 ()、左眼 ()

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：<0 左：<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(250)度 左眼(250)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) _____

暫時不配鏡!

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 110年1月5日

家長聯絡事項： 110.1.5

家長簽章： 蔡俊培

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於110/01/08前繳交回條。

請矯治完成，並經醫院核章後，將回條交回，謝謝！

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年甲班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 ()、左眼 ()

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 (175) 度 左眼 (150) 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 10 月 02 日

家長聯絡事項： 

家長簽章： 

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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號張奕豪，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 (100) 度、左眼 (10) 度

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：_____ 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 (100) 度 左眼 (10) 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： 

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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 ()、左眼 ()

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.4 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(200)度 左眼(75)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼(50)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： _____

眼科醫師簽章：

檢查日期：109年10月2日

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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11號蔡侑辰，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 ()、左眼 ()

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(150)度 左眼(150)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： _____

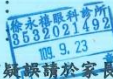
家長聯絡事項： _____

眼科醫師簽章：

檢查日期： 年 月 日

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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23號江謝妤涵，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼(<u>75</u>)度 左眼(<u>125</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 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 109.10.05 日

家長聯絡事項：

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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 ()、左眼 ()

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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(<u>-1.50</u>)度 左眼(<u>-2.00</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input checked="" type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 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：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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14號吳巧玟，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 ()、左眼 ()
未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.1 左：0.6

若有異常，請打勾 (可複選) 1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(<u>250</u>)度 左眼(<u>100</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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 9月 23日

家長聯絡事項：

家長簽章：何素絹

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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15號陳章如，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 ()、左眼 ()
未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.6 左：0.6

若有異常，請打勾 (可複選) 1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(<u>175</u>)度 左眼(<u>175</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼()度 左眼(<u>0.50</u>)度 3、其他異常 (請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input checked="" type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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 9月 23日

家長聯絡事項：

家長簽章：鄭雅宜

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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18號謝定芸，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 (0.4)、左眼 (0.5)

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)	醫師建議處理
1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)	1、 <input checked="" type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)
2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正	2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑
散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____
度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)	4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治
(1) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(>00)度 左眼(175)度	5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片
(2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度	6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療
(3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼()度	7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)
左眼(50)度	8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片
3、其他異常 (請註明) _____	9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教
	10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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

醫師馮遠威
地址：醫學字第110903367號

檢查日期 年 月 日

家長聯絡事項：

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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19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 ()、左眼 ()

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.5 左：0.8

若有異常，請打勾 (可複選)	醫師建議處理
1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)	1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)
2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正	2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑
散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____
度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)	4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治
(1) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(175)度 左眼(75)度	5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片
(2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度	6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療
(3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(0)度	7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)
左眼(75)度	8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片
3、其他異常 (請註明) _____	9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教
	10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：

醫學字第1815號
109.10.眼科醫師簽章
收費專用章

眼科醫師簽章

醫學字第1815號

檢查日期 年 月 日

家長聯絡事項：

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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21號蕭昀萱，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 ()、左眼 ()

未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力 右：1.0 左：0.3

若有異常，請打勾(可複選) 1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input checked="" type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼()度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼(<u>0.75</u>)度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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： 29

檢查日期 109年10月9日

家長聯絡事項： _____

家長簽章： _____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16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23號楊惠珊，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 ()、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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視：右眼()度 左眼(<u>0.75</u>)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼(<u>0.75</u>)度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(<u>1.50</u>)度 左眼(<u>0.25</u>)度 3、其他異常(請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input type="checkbox"/> 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： 師王璐琦

檢查日期 109年10月13日

家長聯絡事項： _____

家長簽章： _____

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年甲班24號王柏翔，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 ()、左眼 ()
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.1 左：0.5

若有異常，請打勾(可複選) 1、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(100)度 左眼()度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼(100)度 左眼(175)度 3、其他異常(請註明) _____	醫師建議處理 1、 <input checked="" type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input checked="" type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(醫師建議下次回診日期：109年11月9日)
---	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：新北眼科診所

眼科醫師簽章：林彥伯醫師

檢查日期：109年10月09日

家長聯絡事項

家長簽章：李淑敏

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/10/16前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年2班25號陳紹恩，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(0.9)、左眼(0.5)
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、 <input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 近視：右眼(375)度 左眼(375)度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2、 <input checked="" type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3、 <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4、 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5、 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6、 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7、 <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8、 <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9、 <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10、 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11、 <input checked="" type="checkbox"/> 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：新北眼科診所

眼科醫師簽章：林彥伯醫師

檢查日期：109年9月24日

家長聯絡事項

家長簽章：吳淑敏

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於109/12/07前繳交回條。