

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 一年甲班13號羅玉汶，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：0.12 左：0.4
 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： <u>-2.00</u> 度 左： <u>-2.00</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光（負值） 右： <u>-0.50</u> 度 左： <u>-0.75</u> 度 3、其他異常（請註明） <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查（建議回診： <u> </u> 年 月 日）
---	---

眼科醫師與學校聯絡事項：
 醫療機構名稱：112.3.7 眼科醫師簽章：醫師張可芳 檢查日期 年 月 日
532025016

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項： 家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 一年乙班5號呂宥霖，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：0.9 左：0.9
 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： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視 右： <u>300</u> 度 左： <u>300</u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光（負值） 右： <u>275</u> 度 左： <u>300</u> 度 3、其他異常（請註明） <u> </u> <u> </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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查（建議回診： <u> </u> 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

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項： 家長簽章：
青年驗光所
5Y32020039
112.03.26
視力檢查章
醫師李睿杰
醫師字號000923號

請於112/03/31前繳交回條

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 一年乙班13號呂宥樺，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：0.9 左：0.9

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： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u>100</u> 度 左： <u>125</u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>275</u> 度 左： <u>225</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日)
--	--

眼科醫師與學校聯絡事項：

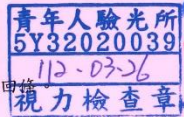
醫療機構名稱：

眼科醫師簽章：

檢查日期 年 月 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：



請於112/03/31前繳交回條

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 二年甲班13號張庭恩，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：1.0 左：0.9

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 checked="" type="checkbox"/> 近視 右： <u>625</u> 度 左： <u>500</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>300</u> 度 左： <u>250</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 112年 3月 20日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 二年乙班11號莊宇禎，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：0.6 左：0.6

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 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： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視 右： <u>200</u> 度 左： <u>200</u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>300</u> 度 左： <u>300</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </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 <u> </u> 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(□軟式□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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 年 月 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 三年乙班7號陳妍榛，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：0.6 左：0.8

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 checked="" type="checkbox"/> 近視 右： <u>5.37</u> 度 左： <u>5.00</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>0.25</u> 度 左： <u>0.75</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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(□軟式□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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 2023年4月14日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 四年甲班15號蔡忻好，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：0.6左：0.6

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 checked="" type="checkbox"/> 近視 右： <u>350</u> 度 左： <u>400</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日)
---	--

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：蔡水清眼科診所 眼科醫師簽章：蔡水清 檢查日期 年 月 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：蔡俊培

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 四年甲班16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：1.0左：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 checked="" 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： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視 右： <u>150</u> 度 左： <u>150</u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>150</u> 度 左： <u>-150</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日)
--	--

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：蔡水清眼科診所 眼科醫師簽章：張鈞鈞 檢查日期 年 12月 1日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：陳利

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 五年甲班7號宋宇恆，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：1.0 左：1.0

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. <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： <u>250</u> 度 左： <u>250</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>25</u> 度 左： <u>25</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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：

醫師馮遠威
醫師執照字號A10803637號

檢查日期 112年 3月 11日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 五年甲班9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：0.9 左：0.9

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： <u>137</u> 度 左： <u>200</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>300</u> 度 左： <u>237</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 年 月 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：張雅琪

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 五年甲班10號黃星諺，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：_____ 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 type="checkbox"/>是 <input checked="" type="checkbox"/>否</p> <p>度數：</p> <p>（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：<u>450</u> 度 左：<u>425</u> 度</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>遠視 右：_____ 度 左：_____ 度</p> <p>(3) <input checked="" type="checkbox"/>散光（負值） 右：<u>125</u> 度 左：<u>200</u> 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 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 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（建議回診：<u>112</u>年<u>4</u>月<u>7</u>日）</p>
---	--

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：112.3.7 眼科醫師簽章：

檢查日期 112年3月7日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：張慧春

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 五年甲班15號江謝采緹，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：1.0 左：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 checked="" type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>度數：</p> <p>（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：<u>175</u> 度 左：<u>100</u> 度</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>遠視 右：_____ 度 左：_____ 度</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>散光（負值） 右：<u>225</u> 度 左：<u>225</u> 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 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 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（建議回診：_____年_____月_____日）</p>
--	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：明眼眼科診所 眼科醫師簽章：

檢查日期 112年3月10日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：謝素珍


請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 五年甲班23號宋昕紫，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：_____ 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：178 度 左：175 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右：_____ 度 左：_____ 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右：_____ 度 左：_____ 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(□軟式□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(建議回診： 112 年 3 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：醫師王璐琦 檢查日期 112 年 3 月 04 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班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：0.7 左：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 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：275 度 左：275 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右：_____ 度 左：_____ 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右：_____ 度 左：_____ 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(□軟式□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(建議回診： 年 月 日)
---	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：永徐 眼科診所 眼科醫師簽章：永徐 檢查日期 112 年 3 月 11 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：陳香茹

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條


貴子女 六年甲班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：1.0 左：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： <u>275</u> 度 左： <u>275</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u>25</u> 度 左： <u>25</u> 度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光（負值）右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 3、其他異常（請註明） <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查（建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日）
--	---


眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：明眼科診所 眼科醫師簽章：

檢查日期 年 112 月 4 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班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： 左：

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： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u>150</u> 度 左： <u>175</u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光（負值）右： <u>300</u> 度 左： <u>300</u> 度 3、其他異常（請註明） <u> </u> <u> </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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查（建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 年 112 月 3 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條


貴子女 六年甲班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：0.4 左：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 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： <u>45</u> 度 左： <u>40</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>75</u> 度 左： <u>18</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u>12</u> 年 <u>6</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 年 3 月 13 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項： 家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班12號張煊丰，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：0.6 左：0.6

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： <u>100</u> 度 左： <u>50</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>100</u> 度 左： <u>125</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input checked="" type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 112年 4月 28日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項： 家長簽章：

請於112/05/26前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班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：1.0 左：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)

(1) 近視 右：

(2) 遠視 右：76.0

(3) 散光(負值) 右：

3、其他異常(請註明)

NAME:
DATE: 2023/03/15 14:38
No. 7046
HUVITZ HRK-8000A
1.04.16A

I REF1 VD: 12.0
Cyl. Form: (-)

<R>	SPH	CYL	AX
	+6.00	-2.00	173
	+6.00	-1.75	174
	+6.00	-1.75	173

AVG +6.00 -1.75 173

S.E +5.12

<L>	SPH	CYL	AX
	+6.50	-1.50	8
	+6.50	-1.50	7
	+6.50	-1.50	7
	+6.50	-1.50	8

AVG +6.50 -1.50 8

S.E +5.75

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(建議回診： 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

家長已確實看過上述內容，
夠獲得改善，越來越佳

家長聯絡事項：

查文庫
6043
0437

檢查日期 2023-03-15 年 月 日

觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能

家長簽章：謝雅慧

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班20號林湘涵，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： 左：

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： 度 左：100度

(2) 遠視 右： 度 左： 度

(3) 散光(負值) 右：50度 左：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(建議回診： 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

眼科醫師簽章：師王璐琦

檢查日期 112.3.10 年 月 日

家長簽章：林湘涵

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班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：1.0 左：1.0

未使用上述輔具時（角膜塑型不填）：裸視視力 右：0.4 左：0.4

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： <u>275</u> 度 左： <u>325</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>100</u> 度 左： <u>100</u> 度 3、其他異常（請註明） <u> </u>	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 <u> </u> 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 checked="" 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 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 112. 4. 18 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/05/26前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班23號江謝好涵，醫師檢查結果：

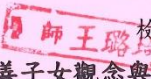
目前有使用輔具 眼鏡 隱形眼鏡 角膜塑型 → 戴鏡視力 右： 左：

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： <u>200</u> 度 左： <u>250</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 3、其他異常（請註明） <u> </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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 月 日)
---	--

眼科醫師與學校聯絡事項：

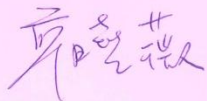
醫療機構名稱：

眼科醫師簽章：

檢查日期 年 月 112. 3. 08 日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班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：1.0 左：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 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： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (2) <input checked="" type="checkbox"/> 遠視 右： <u>+0.25</u> 度 左： <u>+0.25</u> 度 (3) <input checked="" type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>-2.75</u> 度 左： <u>-3.00</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </u>	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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </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 年 月 日



家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 六年甲班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： 左：

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： <u>0.75</u> 度 左： <u>0.75</u> 度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右： <u> </u> 度 左： <u> </u> 度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右： <u>2.00</u> 度 左： <u>2.50</u> 度 3、其他異常(請註明) <u> </u> <u> </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 <u> </u> 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 <u> </u> 11. <input type="checkbox"/> 定期檢查(建議回診： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日)
--	---

眼科醫師與學校聯絡事項：

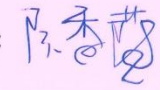
醫療機構名稱：正

眼科醫師簽章：

檢查日期 112年 4月 17日

家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善，越來越健康。

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於112/03/31前繳交回條。