

國小新生視力及屈光異常檢查表

大肚 區 學校名稱 大肚國民小學

班別：二年 班 座號 _____

學童姓名：_____

- 建議您利用暑假時間(7、8月)至眼科醫療院所檢查。
- 提醒您記得寫上孩子的姓名(不知道班級座號可免填)，於開學後將此單交給導師。

眼科醫師診查結果 (以下欄位由醫師填寫)

1. 裸眼/ (戴鏡) 視力：

右眼 _____ / (_____)

左眼 _____ / (_____)

2. 目前眼鏡度數

右眼 _____

左眼 _____

3. 最佳矯正視力：右眼 _____ 左眼 _____ (必要時，需另外約診)

4. 立體感檢查

亂點 NTU 立體圖： 通過 未通過 不會看

5. 眼位

- 無異常
 異常： 斜視- 內斜 外斜 上下斜
 弱視- 雙眼 右眼 左眼
 矯正視力 0.5 以下

6. 眼屈光檢查

無散瞳 有散瞳，藥物：_____

屈光度數	S +/-	C +/-	SE +/-	屈光狀況	
右眼				<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光	<input type="checkbox"/> 雙眼不等視
左眼				<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光	

7. 眼底檢查 (視神經盤及後極部檢查) 無異常 異常：_____

8. 與視力發展有關之其他異常：

9. 檢查結果綜合評估

無異常 異常 需進一步檢查及治療

10. 矯治醫囑

點藥控制：藥物名稱 _____

屈光矯正： 宜戴鏡 宜更換鏡片 _____

斜弱視矯治： 遮眼 戴鏡 _____

追蹤建議： 按醫囑定期回診 加強規律用眼 加強戶外遠眺 減少 3C 使用時間

其他： _____

11. 其他

眼科醫師：_____

本檢查之屈光檢查度數不等於配鏡處方；請開學之後繳回給班級導師。