

新北市學童護眼方案 視力檢查個案紀錄表



〈以下由受檢者填寫〉

檢查日期： 年 月 日

是否已填妥「新北市學童護眼方案同意書」？ 是 否

| | | |
|--------------|---|---------------|
| 姓名： | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期： 年 月 日 |
| (日) _____ | 身份證字號/居留證： | 就讀學校： _____ 市 |
| 電話：(夜) _____ | | _____ 國小/幼兒園 |
| (手機) _____ | | 就讀年級： 年 班 號 |
| 通訊地址： | _____ 市 _____ 區 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ | |
| 戶籍地址： | <input type="checkbox"/> 同上 | |
| | _____ 市 _____ 區 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ | |

〈以下由檢查單位填寫〉

是否同意散瞳：是 否 ※請註明原因並請家長簽名於結尾處

| 檢查項目 | 右眼 | 左眼 |
|---|---|---|
| 1 散瞳前驗光值 | _____ X _____ | _____ X _____ |
| 2 裸視視力 | | |
| 3 最佳矯正視力 | | |
| 4 裂隙燈檢查 | <input type="checkbox"/> 有明顯異常 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | <input type="checkbox"/> 有明顯異常 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 |
| 5 散瞳後驗光值 | _____ X _____ | _____ X _____ |
| 6 診斷 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 檢查結果建議： <input type="checkbox"/> 視力保健 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 | | |
| <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 其他(請註明) _____ | | |
| 檢查院所名稱： | | 檢查醫師： |

※所有欄位請務必填寫，以免無法提供免費檢查。※同意書請診所與病歷表歸檔，以利衛生局檢查。

第一聯：合約醫療院所存留(白) 第二聯：由家長攜回並繳回學校留存(黃)