

補助學童視力不良配(換)鏡暨複檢與矯治通知單

貴子女 年 班 號 本學期視力檢查結果為 視力不良
裸眼右:_____ 裸眼左:_____ 矯正右:_____ 左:_____

醫療機構名稱: 眼科醫師簽章: 檢查日期 年 月 日

醫師檢查結果: 裸視視力 ☐ 正常 ☐ 異常(裸眼右: 裸眼左:)

若有異常,請打勾(可複選)

- ☐ 1. 弱視 ☐ 2. 屈光不正 散瞳度數: ☐ 是 ☐ 否
(☐ 1. 家長無法配合 ☐ 2. 已散瞳劑使用 ☐ 3. 下次回診日期時間 _____ ☐ 4. 其他 _____)
☐ (1) 近視: 右眼()度 左眼()度
☐ (2) 遠視: 右眼()度 左眼()度
☐ (3) 散光(+/-): 右眼()度 左眼()度
☐ 3. 其他異常(請註明)

醫師建議處理: (可複選)

- ☐ 1. 點藥治療 ☐ 2. 配鏡矯治 ☐ 3. 更換鏡片 ☐ 4. 遮眼治療 ☐ 5. 配戴隱形眼鏡
☐ 6. 定期檢查(下次回診日期: 年 月 日) ☐ 7. 角膜塑型 ☐ 8. 其他

醫師建議配鏡度數:

- ☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 右眼()度 ☐ 其他 _____
☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 左眼()度 ☐ 其他 _____

家長聯絡事項: 家長簽章:

驗光師複檢結果回覆單:

- 驗光結果: ☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 右眼()度 ☐ 其他 _____
☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 左眼()度 ☐ 其他 _____
實際配鏡: ☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 右眼()度 ☐ 其他 _____
☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 左眼()度 ☐ 其他 _____

※完成就醫、配鏡程序後將通知單交回健康中心