

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 就讀學校：新北市_____國小 就讀年級： 年 班 號
(日)_____	身份證字號/居留證：	
電話：(夜)_____		
(手機)_____		
戶籍地址：	_____市_____區_____路街_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____	
通訊地址：	<input type="checkbox"/> 同上	
	_____市_____區_____路街_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____	

〈以下由檢查單位填寫〉

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。

未填同意書本局會配送空白同意書至各醫療院所，請家長於現場補填後，請醫療院所協助送回本局。

第一聯：由家長攜回並繳回學校留存(白)

第二聯：合約醫療院所存留(黃)