

# 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) _____ 電話：(夜) _____ (手機) _____	身份證字號/居留證：	就讀學校： _____ 市 _____ 國小/幼兒園 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： _____		

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）

※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。