

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 年 班 號 姓名- , 醫師檢查結果:

目前有使用輔具 眼鏡 隱形眼鏡 角膜塑型 → 戴鏡視力 右: _____ 左: _____

未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力 右: _____ 左: _____

若有異常,請打勾(可複選)

1. 弱視 (右眼 左眼)

2. 屈光不正

散瞳: 是 否

度數:

(請務必填寫下列屈光值,若角膜塑型請填原始度數) (1)

近視 右: _____ 度 左: _____ 度

(2) 遠視 右: _____ 度 左: _____ 度

(3) 散光(負值) 右: _____ 度 左: _____ 度

3、其他異常(請註明) _____

醫師建議處理

1. 長效散瞳劑(阿托平 Atropine)

2. 短效散瞳劑

3. 其他藥物 _____

4. 配鏡矯治

5. 更換鏡片

6. 遮眼治療

7. 配戴隱形眼鏡 (軟式 硬式)

8. 角膜塑型片

9. 視力保健衛教

10. 其他 _____

11. 定期檢查(建議回診: 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

眼科醫師簽章:

檢查日期 年 月 日

家長已確實看過上述內容,並願意督促改善子女觀念與行為,使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善,越來越健康。

家長聯絡事項:

家長簽章:

身高體重視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 年 班 號 姓名- , 醫師檢查結果:

目前有使用輔具 眼鏡 隱形眼鏡 角膜塑型 → 戴鏡視力 右: _____ 左: _____

未使用上述輔具時(角膜塑型不填):裸視視力 右: _____ 左: _____

若有異常,請打勾(可複選)

1. 弱視 (右眼 左眼)

2. 屈光不正

散瞳: 是 否

度數:

(請務必填寫下列屈光值,若角膜塑型請填原始度數) (1)

近視 右: _____ 度 左: _____ 度

(2) 遠視 右: _____ 度 左: _____ 度

(3) 散光(負值) 右: _____ 度 左: _____ 度

3、其他異常(請註明) _____

醫師建議處理

1. 長效散瞳劑(阿托平 Atropine)

2. 短效散瞳劑

3. 其他藥物 _____

4. 配鏡矯治

5. 更換鏡片

6. 遮眼治療

7. 配戴隱形眼鏡 (軟式 硬式)

8. 角膜塑型片

9. 視力保健衛教

10. 其他 _____

11. 定期檢查(建議回診: 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項:

醫療機構名稱:

眼科醫師簽章:

檢查日期 年 月 日

家長已確實看過上述內容,並願意督促改善子女觀念與行為,使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善,越來越健康。

家長聯絡事項:

家長簽章: