

## 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. <input type="checkbox"/> 弱視 ( <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 ) 2. <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視 右: _____度 左: _____度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右: _____度 左: _____度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右: _____度 左: _____度 3、其他異常(請註明) _____ _____ _____	醫師建議處理 1. <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2. <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3. <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4. <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5. <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6. <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7. <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡( <input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8. <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9. <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10. <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 弱視 ( <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 ) 2. <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近視 右: _____度 左: _____度 (2) <input type="checkbox"/> 遠視 右: _____度 左: _____度 (3) <input type="checkbox"/> 散光(負值) 右: _____度 左: _____度 3、其他異常(請註明) _____ _____ _____	醫師建議處理 1. <input type="checkbox"/> 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2. <input type="checkbox"/> 短效散瞳劑 3. <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ 4. <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 5. <input type="checkbox"/> 更換鏡片 6. <input type="checkbox"/> 遮眼治療 7. <input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡( <input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式) 8. <input type="checkbox"/> 角膜塑型片 9. <input type="checkbox"/> 視力保健衛教 10. <input type="checkbox"/> 其他 _____ 11. <input type="checkbox"/> 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: