

基本資料：(請於檢查前填寫)

幼兒園名稱： _____ 未就學
 姓名： _____ 性別： 男 女 生日： _____年 _____月 _____日
 身分證字號(居留証/護照號碼)： _____ 連絡電話： _____
 戶籍地址： _____縣(市) _____區(市) _____里 _____鄰 _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓之 _____
 居住地址： 同戶籍地址
 _____縣(市) _____區(市) _____里 _____鄰 _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓之 _____

個人資料貼紙黏貼處

篩檢日期： _____年 _____月 _____日

一、身體檢查結果：

身高體重： _____公分/ _____公斤 (由老師填寫)
 心雜音： 無 有 拒
 疝氣： 無異常 異常： _____ 拒
 隱辜(男)： 無異常 異常： _____ 拒
 其他異常： 無 有 _____
 結果建議： 不需轉介 需轉介：小兒科 小兒心臟科 小兒外科

其他： _____

身體複檢結果：

複檢日期： _____年 _____月 _____日
 心雜音： 正常 異常 再觀察 其他： _____
 疝氣： 無異常 異常 再觀察 其他： _____
 隱辜(男)： 無異常 異常 再觀察 其他： _____
 其他： 正常 異常 再觀察 其他： _____

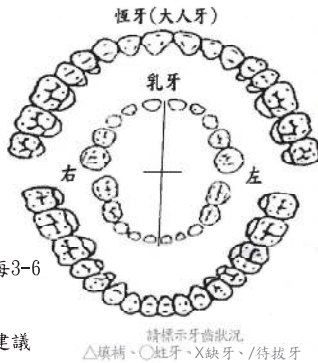
篩檢醫師簽/核章： _____

複檢醫院/診所： _____ 複檢醫師簽/核章： _____

二、口腔篩檢結果：

完全沒有齲齒、填補和缺牙
幼兒早期性齲齒(奶瓶性蛀牙)
齲齒： 乳牙 _____顆 恆牙 _____顆
填補： 乳牙 _____顆 恆牙 _____顆
乳牙缺牙： _____顆
恆牙已長出： _____顆
其他異常： 無 有：開咬 錯咬

其他： _____
 結果建議：此次不需追蹤矯治，但仍需每3-6個月定期至牙科門診檢查
此次需追蹤矯治
疑似齒列異常、咬合不正，建議進一步複檢
其他： _____



篩檢醫師簽/核章： _____

口腔複檢結果：

複檢日期： _____年 _____月 _____日
 複檢結果：治療完成 治療中 再觀察
 醫師建議： _____

複檢醫院/診所： _____ 複檢醫師簽/核章： _____

三、聽力篩檢結果：

環境噪音： _____/ _____dba (60dba以下)
 篩檢結果：通過 未通過
未完成
 結果建議：不需轉介 需轉介至「幼兒聽力篩檢醫院」進一步檢查
其他： _____

聽力複檢結果：

複檢日期： _____年 _____月 _____日
 家長是否已知幼童有聽障：不清楚 已知
 複檢確診：聽力正常 聽力不正常(雙耳 左耳 右耳)
 矯治後情形：已正常 矯治中
 *若第1次複檢結果為雙耳正常，則「聽力轉介單」請家長繳回幼兒園即可；若第1次複檢結果為任一耳異常，需第2次檢查或矯治，第2次複檢結果請聽力師填寫「異常個案追蹤表」，並請家長繳回幼兒園。

篩檢醫師簽/核章： _____

複檢醫院/診所： _____ 複檢醫師簽/核章： _____

四、視力篩檢結果：

目前是否戴眼鏡矯治：否
是：近視 遠視 散光 弱視 斜視 其他： _____
 裸眼視力： 右眼： _____ 左眼： _____ 不會看
 戴眼鏡視力： 右眼： _____ 左眼： _____ 不會看
 *經反覆檢測後任一眼，視力仍不到0.8(6歲)·0.7(5歲)·0.6(4歲)或2眼視力檢測在視力表相差2行以上(如右眼0.9，左眼0.7)表示未通過，需轉介就醫複檢
 NTU300 立體圖篩檢：通過 疑似異常 不會看
 *本項篩檢無法連續答對5張圖(含)以上者，表示未通過，需轉介就醫複檢
 結果建議：不需轉介 需轉介眼科複檢
其他： _____

視力篩檢異常者，以下方案擇一複檢

- 請持本表單與「學齡前兒童護眼方案視力檢查個案紀錄表」至臺北市高度近視防治合約眼科院所接受免費複檢。
- 到非臺北市高度近視防治合約眼科院所接受自費複檢者，請醫務院所填寫以下欄位。



複檢日期： _____年 _____月 _____日
 複檢結果：正常
異常情形(可複選)
弱視：雙眼 右眼 左眼 矯正視力0.5以下
斜視：內斜 外斜 上下斜 其他斜視 單眼斜視
屈光不正(需散瞳)：
近視：雙眼 右眼 左眼 ≥200度以上
遠視：雙眼 右眼 左眼 ≥300度以上
散光(≥75度)：雙眼 右眼 左眼 ≥200度以上
雙眼不等視(球面度數或散光度數兩眼相差≥100度)：≥200度以上
其他異常：無 有，請說明： _____
 醫師建議(可複選)：配戴眼鏡 遮眼治療 藥物治療 手術治療
定期追蹤 其他： _____

篩檢醫師簽/核章： _____

複檢醫院/診所： _____ 複檢醫師簽/核章： _____

※各項複檢項目定期追蹤情形：

未複檢，原因：(請填寫項目編號，1、身體檢查未複檢；2、口腔篩檢未複檢；3、視力篩檢未複檢；4、聽力篩檢未複檢)
認為不需要處理：就醫不方便、忙；經濟困難；欲以其他方式處理；追蹤3次未遇；其他(請說明)： _____
已完成追蹤
身體檢查已定期追蹤，預定於 _____月 _____日至 _____診所或醫院診治。
口腔篩檢已定期追蹤，預定於 _____月 _____日至 _____診所或醫院診治。
視力篩檢已定期追蹤，預定於 _____月 _____日至 _____診所或醫院診治。
聽力篩檢已定期追蹤，預定於 _____月 _____日至 _____診所或醫院診治。

◎備註：
 1、篩檢結果「疑似異常」有時會因幼兒園或篩檢地點比較吵雜等外在因素造成，並非確診異常，請家長勿過度恐慌，並撥冗帶幼童至醫療院所進行確診。
 2、本篩/複檢報告單第1-2聯由篩檢單位連同請款人數統計表交由轄區健康服務中心核對後，第1聯(藍色)於篩檢次日20日前送本局核撥經費、第2聯(綠色)由健康服務中心留存，另第3聯(紅色)為複檢聯/家長存根聯(如幼童需至醫療院所複檢請持本聯)，第4聯(黃色)由幼兒園留存。