

臺北市高度近視防治服務(學齡前兒童護眼方案)

113.2.16 核訂

視力檢查個案紀錄表

檢查時間：_____年_____月_____日

(以下由受檢者之法定代理人填寫)

本補助提供免費專業視力檢查，如檢查後需進一步治療或其他檢查，請另約診，循健保方式就診。

同意者簽名_____

姓名：_____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：_____年_____月_____日
身分證字號(或居留證號碼)：_____	幼兒園名稱：_____ <input type="checkbox"/> 未就學	
連絡電話：_____		
通訊地址：_____市(縣)_____區(市鄉鎮)_____里村_____鄰_____路街_____段_____巷_____弄_____號樓之_____		

檢查紀錄：(以下由檢查院所填寫)

檢查項目	右眼	左眼
1. NTU 立體圖	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過	
2. 散瞳前驗光值 ^註	_____ X _____	_____ X _____
3. 裸視視力		
4. 最佳矯正視力		
5. 裂隙燈檢查/外眼檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有明顯異常	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有明顯異常
6. 斜視檢查	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 內斜 <input type="checkbox"/> 外斜 <input type="checkbox"/> 上下斜 <input type="checkbox"/> 其他斜 <input type="checkbox"/> 單眼斜視	
7. 執行散瞳	<input type="checkbox"/> 已散瞳： <input type="checkbox"/> 完成散瞳(完成2次) <input type="checkbox"/> 部分散瞳(僅1次) <input type="checkbox"/> 未散瞳： <input type="checkbox"/> 醫療判斷不適合散瞳 <input type="checkbox"/> 家長拒散瞳 <input type="checkbox"/> 受檢者無法配合 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
8. 散瞳後驗光值 ^註	_____ X _____	_____ X _____

檢查結果：

項目	右眼	左眼
診斷	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 正常
	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 200 度以上	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 200 度以上
	<input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 300 度以上	<input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 300 度以上
	<input type="checkbox"/> 散光(≥75 度) <input type="checkbox"/> 200 度以上	<input type="checkbox"/> 散光(≥75 度) <input type="checkbox"/> 200 度以上
	<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 矯正視力 0.5 以下	<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 矯正視力 0.5 以下
	<input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 其他：_____
	<input type="checkbox"/> 不等視(≥100 度) <input type="checkbox"/> 200 度以上	
醫師建議及衛教指導	<input type="checkbox"/> 1. 配鏡治療 <input type="checkbox"/> 2. 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 3. (藥物)治療 <input type="checkbox"/> 4. 手術治療 <input type="checkbox"/> 5. 加強護眼行為(護眼密碼 853240) <input type="checkbox"/> 6. 其他_____ <input type="checkbox"/> 7. 定期追蹤(建議回診：_____年_____月_____日)	

檢查院所名稱：

檢查醫師簽章：

備註：

- 散瞳前後驗光值：(遠視或近視度數)(散光度數)X(散光軸度)：
- 遠視或近視度數若度數前有(-)符號，表示有近視，例如：右眼-1.0 表示近視 100 度；度數前有(+)符號，表示有遠視，例如：左眼+0.50 表示遠視 50 度。
- 散光度數指影像無法在眼內完整正確的聚焦，例如：0 表示沒有散光、-0.25 表示散光 25 度。
- 散光軸度：指散光在眼球所發生的角度，角度範圍從 0~180 度，例如：10 表示軸度 10 度。
- 睫狀肌放鬆(散瞳)後的度數更具參考價值。

視力保健衛教文宣



<https://reurl.cc/VNzxpY>

第一聯：衛生局存留(白) 第二聯：合約醫療院所存留(黃) 第三聯：家長請將此聯繳交回幼兒園(紅) 第四聯：家長留存(藍)