114.07.07 修訂

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

敬愛的家長您好：新北市學童護眼方案，提供每年 1 次免費專業視力檢查服務。本紀錄表可替代學校「視力健康檢查複檢及矯治回條」。若您同意貴子女參加本計畫，請填寫本表單內貴子女之基本資料，並授權提供貴子女的檢查、治療、學籍等資料及您的連絡電話，本計畫之相關資料僅作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤管理使用，資料將採流水序號進入資料庫，以確保資料保密性。

本人同意子女參加本計畫，是否同意散瞳：□是　□否(**※未散瞳**請註明原因)

簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿　　原因：＿＿＿＿＿＿＿＿

姓名：	性別：□男　□女	出生日期：　年　月　日
電話：＿＿＿＿＿＿ (手機)＿＿＿＿＿＿	身份證字號/居留證： □□□□□□□□□□	就讀學校：＿＿＿＿＿市 ＿＿＿＿＿國小/幼兒園 年級：　年　班　號
戶籍地址： ＿＿＿市(縣)＿＿＿區(市鄉鎮)＿＿＿＿路街＿段＿巷＿弄＿號＿樓之＿		
通訊地址：□**同上** ＿＿＿市(縣)＿＿＿區(市鄉鎮)＿＿＿＿路街＿段＿巷＿弄＿號＿樓之＿		

〈以下由檢查單位填寫〉

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	□有明顯異常　□無明顯異常	□有明顯異常　□無明顯異常
5 散瞳後驗光值	＿＿＿ ＿＿＿X＿＿＿	＿＿＿ ＿＿＿X＿＿＿
6 診斷	□正常 □近視 □遠視 □散光 □其他 原因＿＿＿＿＿＿＿＿	□正常 □近視 □遠視 □散光 □其他 原因＿＿＿＿＿＿＿＿
檢查結果建議：□視力保健 □定期檢查 □藥物治療 □配鏡矯治 □更換鏡片 □遮眼治療 □角膜塑型 □其他（請註明）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
檢查院所名稱：　　檢查醫師：		

註；所有欄位請務必填寫，以免無法提供免費檢查。※此表請診所視同病歷表歸檔，以利衛生局查核。

1. 遠視或近視度數：若度數之前有(-)標示，表示影像聚焦在視網膜之前，有近視，EX；右眼-1.0 表示近視 100 度。若度數之前有(+)標示，表示影像聚焦在視網膜之後，有遠視，EX；右眼+0.5 表示遠視 50 度。
2. 睫狀肌放鬆(散瞳)後的度數更有參考價值。
3. 以上診斷結果若有疑問，請向專業醫師洽詢。

護眼方案合約院所(請掃描)

第一聯：合約醫療院所留存(白)　第二聯：家長留存（黃）