

# 國小新生視力及屈光異常檢查表

※(請於新生開學第一天繳交給導師)※

花蓮縣花蓮市明義國民小學 班別：\_\_\_\_年\_\_\_\_班座號\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：☐男 ☐女 生日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 眼科醫師診查結果（以下欄位由醫師填寫）

### 1. 裸眼/（戴鏡）視力：

右眼\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

左眼\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 2. 目前眼鏡度數

右眼\_\_\_\_\_

左眼\_\_\_\_\_

### 3. 最佳矯正視力：右眼\_\_\_\_\_ 左眼\_\_\_\_\_（必要時，需另外約診）

### 4. 立體感檢查

亂點 NTU 立體圖：☐通過 ☐未通過 ☐不會看

辨色力：☐通過 ☐未通過 ☐其他：\_\_\_\_\_

### 5. 眼位

☐無異常

☐異常：☐斜視-☐內斜 ☐外斜 ☐上下斜

☐弱視-☐雙眼 ☐右眼 ☐左眼

☐矯正視力 0.5 以下

### 6. 眼屈光檢查

☐無散瞳 ☐有散瞳，藥物：\_\_\_\_\_

| 屈光度數 | S<br>+/- | C<br>+/- | SE<br>+/- | 屈光狀況                                                                                |                                |
|------|----------|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 右眼   |          |          |           | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 | <input type="checkbox"/> 雙眼不等視 |
| 左眼   |          |          |           | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 |                                |

### 7. 眼底檢查（視神經盤及後極部檢查） ☐無異常 ☐異常：\_\_\_\_\_

### 8. 與視力發展有關之其他異常：

### 9. 檢查結果綜合評估

☐無異常 ☐異常 ☐需進一步檢查及治療

### 10. 矯治醫囑

☐點藥控制：藥物名稱 \_\_\_\_\_

☐屈光矯正：☐宜戴鏡 ☐宜更換鏡片 ☐\_\_\_\_\_

☐斜弱視矯治：☐遮眼 ☐戴鏡 ☐\_\_\_\_\_

☐追蹤建議：☐按醫囑定期回診 ☐加強規律用眼 ☐加強戶外遠眺 ☐減少 3C 使用時間

☐其他：\_\_\_\_\_

### 11. 其他

眼科醫師：\_\_\_\_\_

本檢查之屈光檢查度數不等於配鏡處方；請就醫之後新生報到時繳回。