

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 ☐無異常

辨色力：☐通過 ☐未通過 ☐其他：____

5. 眼位

☐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 +/-	C +/-	SE +/-	屈光狀況	
右眼				☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光	☐ 雙眼不等視
左眼				☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 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：____