

____年度 臺中市____區
學齡前兒童未通過視力及立體感篩檢個案報告及回應單

(請老師填寫)

提醒：檢查異常者，請家長帶至眼科醫療院所
檢查，並將矯治回條繳回學校，謝謝！

一、個案基本資料：

姓名：_____	出生日期： 年 月 日	篩檢日期： 年 月 日
<input type="checkbox"/> (1) 園所名稱：_____	班別：_____	性別： <input type="checkbox"/> (1) 男， <input type="checkbox"/> (2) 女
<input type="checkbox"/> (2) 未就學	家長聯絡電話：_____	

二、視力檢查表：經反覆檢測後任一眼，視力仍不到 0.8 (六歲)，0.7 (五歲)，0.6 (四歲) 或兩眼視力檢測在視力表相差兩行以上 (如右眼 0.9，左眼 0.7)，表示未通過，需轉介就醫複檢。

項目	裸眼視力		戴鏡視力		附記
	右眼	左眼	右眼	左眼	
第一次檢測					<input type="checkbox"/> 學童不會看 <input type="checkbox"/> 其他問題 <input type="checkbox"/> 未通過
第二次檢測					

三、NTU 立體圖：本項篩測無法連續答對五張圖 (含) 以上者，表示未通過，需轉介就醫。

第一次：_____	附註： <input type="checkbox"/> (1) 學童不會看， <input type="checkbox"/> (2) 弱視矯治中， <input type="checkbox"/> (3) 未通過
第二次：_____	

(請醫師填寫)

四、轉介矯治情形：

複檢日期： 年 月 日

1、診療院所名稱_____

複檢醫師簽章_____

2、醫師檢查結果： 無異常發現， 異常

3、視力異常情形：(可複選)

(1) 弱視： 雙眼， 右眼， 左眼..... 矯正視力 0.5 以下

(指矯正視力：六歲未達 0.8，五歲未達 0.7，四歲未達 0.6)

(2) 斜視： 內斜， 外斜， 上下斜， 其他斜視..... 單眼斜視

(3) 屈光不正(需散瞳)

<input type="checkbox"/> 近視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 二百度以上
<input type="checkbox"/> 遠視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 三百度以上
<input type="checkbox"/> 散光 (≥75 度)： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 二百度以上
<input type="checkbox"/> 雙眼不等視 (指球面度數或散光度數兩眼相差 ≥100 度)	<input type="checkbox"/> 二百度以上
<input type="checkbox"/> 其他異常：(請註明) _____	

4、醫師建議 (可複選)： 配鏡治療、 遮眼治療、 藥物治療、 手術治療、 定期追蹤

其他 (請註明 _____)

(請老師填寫)

五、轉介管理情形： (1) 已就醫 (續答第六題)， (2) 指導三次未就醫 (跳答第七題)，

(3) 追蹤三次未遇， (4) 轉學， (5) 其他 (請註明 _____)

六、就醫後是否按醫師建議進行矯治： (1) 是， (2) 否 (續答第七題)

七、未就醫矯治原因 (可複選)： (1) 認為不需要處理， (2) 就醫交通不便、忙，

(3) 經濟困難， (4) 欲以其他方式處理， (5) 其他 (請註明 _____)

註：個案持乙、丙聯就診 甲聯存衛生所追蹤管理。