

視力測量家長通知單

親愛的家長：

貴子女__年__班_____

前次視力測量結果：裸視左眼 右眼 ，矯正視力左眼 右眼 。

近日視力測量結果：裸視左眼 右眼 ，矯正視力左眼 右眼 。

測量時眯眼、猜測均會影響結果，準確的篩檢仍需藉由眼科醫師的科學儀器。建議您持單至眼科醫師處複檢，以瞭解是否須重新驗光及配鏡。轉介就醫的目的為追蹤現有度數是否增加、早期治療及避免高度近視引起併發症。

提醒您：

1. 看診時攜帶眼鏡讓醫師檢查眼鏡是否合適。
2. 隱形眼鏡使用者依平日習慣配戴就醫檢查。
3. 經眼科醫師檢查後依醫師建議再更換鏡片。
4. 為學習與安全，適時配戴眼鏡防止眯眼導致度數快速增加。

民族國中 健康中心

2732-2935 分機 227

醫院(診所)醫生檢查回條 年 班 號 檢查日期 年 月 日

診療院所名稱：

眼科醫師簽章：

醫師檢查結果：裸眼視力正常

若有異常，請打勾(可複選)

1. 弱視：雙眼 右眼 左眼 矯視 0.5 以下

2. 斜視：內斜 外斜 上下斜 單眼

3. 屈光不正 散瞳 是 否

(1)近視：右眼()度 左眼()度

(2)遠視：右眼()度 左眼()度

(3)散光：右眼()度 左眼()度

(4)不等視：

4 其他異常(請註明)

醫師處理：(可複選)

1 視力保健 2 點藥治療 3 配鏡矯治

5 更換鏡片 6 定期檢查 7 遮眼治療

9 配戴隱型眼鏡 A 角膜塑型 N 其他

家長簽名：