

體格缺點異常通知單

健康結果矯治狀況回條

班級： 年 班 號 學生姓名

建議診治科別	診治日期	醫院名稱/醫師	診治(新)	結果	矯治	追蹤
牙科			102-10-1	牙科	OK	
小兒科	102-10-1	牙科	牙科	OK		

家長聯絡事項：
家長簽章(請簽全名)：

長於一個月內就診，並將本回條交回級任導師，以便完成全市健康追蹤輔導的案查工作。

健康結果異常

視力不良通知單

醫院(診所)醫生檢查回條

診察院所名稱： 日期： 醫師簽章：

請詳檢並填妥(可複選)

若有異常，請打勾(可複選)

1. 眼疾：() 近視 () 遠視 () 老花 () 其他

2. 斜視：() 內斜 () 外斜 () 上下斜 () 無斜

3. 屈光不正：() 散光 () 正 () 無

4. 其他異常(請註明)：()

醫師建議處理(可複選)

() 視力矯正 () 配鏡矯正 () 藥物治療
 () 藥物治療 () 配鏡矯正 () 藥物治療
 () 藥物治療 () 配鏡矯正 () 藥物治療
 () 藥物治療 () 配鏡矯正 () 藥物治療

家長簽章：

視力不良通知