

年度_____縣市_____鄉鎮(市區) (甲聯)

學齡前兒童未通過視力及立體感篩檢個案報告及回應單

一、個案基本資料：請老師填寫

鄉鎮編號 (ID)：□□□-□

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

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"/> 孩童不會看 <input type="checkbox"/> 其他問題
第二次檢測					
複測 (衛生所)					

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：	

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： 正常 異常 ※較嚴重者請於兒童健康手冊

3、視力異常情形：(可複選) 預防接種記錄表上註明

(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_____)

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」存衛生所追蹤管理後，將資料填妥送交衛生局審核後寄回國民健康局