臺中市東區學齡前兒童視力及立體感篩檢檢查名冊

幼兒園名稱：　　聯絡電話：　　造冊人員：

篩檢日期：

篩檢總人數：　　異常轉介人數：

姓　名	性別	出生日期	視力檢查		戴鏡視力		NTU立體圖結果	醫師複檢結果		矯　治		連絡電話
			右眼	左眼	右眼	左眼		正常	異常	無	有	

承辦人：　　**護理長：**　　**主任：**