

貴子女 年 班 號 姓名 怡

醫師檢查回條 醫療機構名稱：

眼科醫師簽章：

檢查日期 105 年 4 月 7 日

裸視視力無異常(裸眼右：
若有異常，請打勾(可複選)

裸眼左：
)



1. 弱視 左 右

2. 屈光不正 散瞳： 是 否

(1) 近視：右眼(-1.50)度 左眼(-1.25)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(+/-)：右眼()度 左眼()度

3. 其他異常(請註明)

醫師建議處理：(可複選)

2 點藥治療 3 配鏡矯治

5 更換鏡片 7 遮眼治療 9. 配戴隱形眼鏡

6 定期檢查(下次回診日期：

年 月 日) A 角膜塑型 N 其他

家長聯絡事項：

家長簽章：

