**\_113\_\_\_\_年度 臺中市 區**

附件9-2

**學齡前兒童未通過視力及立體感篩檢個案報告及回應單**

(請老師填寫)

提醒：檢查異常者，請家長帶至眼科醫療院所檢查，並將矯治回條繳回學校，謝謝！

**一、個案基本資料：**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名： 出生日期： 年 月 日 | 篩檢日期： 年 月 日 |
| □（1）園所名稱： 班別： | 性別：□（1）男， □（2）女 |
| □（2）未就學 | 家長聯絡電話： |

**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 | □學童不會看□其他問題□未通過 |
| 第一次檢測 |  |  |  |  |
| 第二次檢測 |  |  |  |  |

**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：**□（1）學童不會看， □（2）弱視矯治中， □（3）未通過 |
| **第二次：** |

(請醫師填寫)

**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：□無異常發現 ，□異常**

 3、視力異常情形：（可複選）

 **（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)**

|  |  |
| --- | --- |
| **□近視： □雙眼 □右眼 □左眼** | **□二百度以上** |
| **□遠視： □雙眼 □右眼 □左眼** | **□三百度以上** |
| **□散光（≧75度）: □雙眼 □右眼 □左眼** | **□二百度以上** |
| **□雙眼不等視（指球面度數或散光度數兩眼相差≧100度）** | **□二百度以上** |
| **□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 ）

(請老師填寫)

**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

**註：個案持乙、丙聯就診 甲聯存衛生所追蹤管理。**