

# 宜蘭縣學生視力檢查通知紀錄卡

【正面】  
112年4月修訂

學生姓名：							
年級	大班	一	二	三	四	五	六
班級							
座號							

親愛的家長 您好：  
●本紀錄卡由幼兒園大班生開始使用。為國小一至六年級持續追蹤學生視力檢查並沿用紀錄，請貴家長協助妥為保管，並於國小一年級新生入學時，將本卡交給學校集中保管。

## (國小)入學年度 宜蘭縣 國民小學

●本卡僅為貴子女於本校初步視力篩檢的結果，裸眼視力任一眼未達0.9以上即為視力不良，不論是否已配眼鏡，仍建議定期追蹤，以了解度數是否惡化，並配合醫師建議進行矯治，以免延誤治療時機。  
●本卡請「就醫複查後」/「達標準無需就醫者」，家長簽名後交導師轉健康中心彙整。

NTU 亂點立體圖 (斜弱視) 篩檢： <input type="checkbox"/> 通過 (可以連續答對五次) <input type="checkbox"/> 異常 (重複測試仍未通過)		辨色力 (色盲) 篩檢： 篩檢結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
上學期 (測量日期： )		下學期 (測量日期： )	
身高	體重	身高	體重
<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重
右	矯	右	矯
左	正	左	正
裸視	視	裸視	視
學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)		學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)	
醫師複查結果		醫師複查結果	
●檢查時散瞳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		●檢查時散瞳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度
2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度
3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度
4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼
5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下	5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下	5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下	5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下
6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他	6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他	6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他	6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他
7 其他	7 其他	7 其他	7 其他
8 無異狀	8 無異狀	8 無異狀	8 無異狀
治療方式		治療方式	
1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑
2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑
3 其他藥物	3 其他藥物	3 其他藥物	3 其他藥物
4 配鏡矯治	4 配鏡矯治	4 配鏡矯治	4 配鏡矯治
5 更換鏡片	5 更換鏡片	5 更換鏡片	5 更換鏡片
6 遮眼治療	6 遮眼治療	6 遮眼治療	6 遮眼治療
醫師日期： 家長簽章： 醫師簽章		醫師日期： 家長簽章： 醫師簽章	

幼兒園名稱：		NTU 亂點立體圖 (斜弱視) 篩檢： <input type="checkbox"/> 通過 (可以連續答對五次) <input type="checkbox"/> 異常 (重複測試仍未通過)	
測量日期：		學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)	
身高	體重	身高	體重
<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重
右	矯	右	矯
左	正	左	正
裸視	視	裸視	視
學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)		學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)	
醫師複查結果		醫師複查結果	
●檢查時散瞳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		●檢查時散瞳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度
2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度
3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度
4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼
5 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 上下	5 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 上下	5 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 上下	5 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 上下
6 其他	6 其他	6 其他	6 其他
8 無異狀	8 無異狀	8 無異狀	8 無異狀
治療方式		治療方式	
1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑
2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑
3 其他藥物	3 其他藥物	3 其他藥物	3 其他藥物
4 配鏡矯治	4 配鏡矯治	4 配鏡矯治	4 配鏡矯治
5 更換鏡片	5 更換鏡片	5 更換鏡片	5 更換鏡片
6 遮眼治療	6 遮眼治療	6 遮眼治療	6 遮眼治療
醫師日期： 家長簽章： 醫師簽章		醫師日期： 家長簽章： 醫師簽章	

NTU 亂點立體圖 (斜弱視) 篩檢： <input type="checkbox"/> 通過 (可以連續答對五次) <input type="checkbox"/> 異常 (重複測試仍未通過)		辨色力 (色盲) 篩檢： 篩檢結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
上學期 (測量日期： )		下學期 (測量日期： )	
身高	體重	身高	體重
<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重
右	矯	右	矯
左	正	左	正
裸視	視	裸視	視
學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)		學校篩檢結果： <input type="checkbox"/> 達標準 <input type="checkbox"/> 裸視未達標準 (需就醫複查)	
醫師複查結果		醫師複查結果	
●檢查時散瞳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		●檢查時散瞳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度	1 近視 (右) 度左 度
2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度	2 遠視 (右) 度左 度
3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度	3 散光 (右) 度左 度
4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼	4 弱視 ( ) 雙眼 ( ) 右眼 ( ) 左眼
5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下	5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下	5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下	5 辨色力 ( ) 色盲 ( ) 上下
6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他	6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他	6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他	6 斜視 ( ) 內 ( ) 外 ( ) 其他
7 其他	7 其他	7 其他	7 其他
8 無異狀	8 無異狀	8 無異狀	8 無異狀
治療方式		治療方式	
1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑	1 長效散瞳劑
2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑	2 短效散瞳劑
3 其他藥物	3 其他藥物	3 其他藥物	3 其他藥物
4 配鏡矯治	4 配鏡矯治	4 配鏡矯治	4 配鏡矯治
5 更換鏡片	5 更換鏡片	5 更換鏡片	5 更換鏡片
6 遮眼治療	6 遮眼治療	6 遮眼治療	6 遮眼治療
醫師日期： 家長簽章： 醫師簽章		醫師日期： 家長簽章： 醫師簽章	



三年級上學期 (測量日期: )		三年級下學期 (測量日期: )	
身高	體重	身高	體重
右	左	右	左
矯	正	矯	正
視	視	視	視
BMI		BMI	
學校篩檢結果		學校篩檢結果	
達標準		達標準	
未達標準		未達標準	
(需就醫複查)		(需就醫複查)	
醫師複查			
● 檢查時散瞳		● 檢查時散瞳	
請勾	有	請勾	有
近視	度	近視	度
遠視	度	遠視	度
散光	度	散光	度
弱視	度	弱視	度
雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼	雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼
其他	無異狀	其他	無異狀
治療方式		治療方式	
診療日期/醫療院所/醫師簽章:		診療日期/醫療院所/醫師簽章:	
家長簽章:		家長簽章:	

四年級上學期 (測量日期: )		四年級下學期 (測量日期: )	
身高	體重	身高	體重
右	左	右	左
矯	正	矯	正
視	視	視	視
BMI		BMI	
學校篩檢結果		學校篩檢結果	
達標準		達標準	
未達標準		未達標準	
(需就醫複查)		(需就醫複查)	
醫師複查			
● 檢查時散瞳		● 檢查時散瞳	
請勾	有	請勾	有
近視	度	近視	度
遠視	度	遠視	度
散光	度	散光	度
弱視	度	弱視	度
雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼	雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼
其他	無異狀	其他	無異狀
治療方式		治療方式	
診療日期/醫療院所/醫師簽章:		診療日期/醫療院所/醫師簽章:	
家長簽章:		家長簽章:	

五年級上學期 (測量日期: )		五年級下學期 (測量日期: )	
身高	體重	身高	體重
右	左	右	左
矯	正	矯	正
視	視	視	視
BMI		BMI	
學校篩檢結果		學校篩檢結果	
達標準		達標準	
未達標準		未達標準	
(需就醫複查)		(需就醫複查)	
醫師複查			
● 檢查時散瞳		● 檢查時散瞳	
請勾	有	請勾	有
近視	度	近視	度
遠視	度	遠視	度
散光	度	散光	度
弱視	度	弱視	度
雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼	雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼
其他	無異狀	其他	無異狀
治療方式		治療方式	
診療日期/醫療院所/醫師簽章:		診療日期/醫療院所/醫師簽章:	
家長簽章:		家長簽章:	

六年級上學期 (測量日期: )		六年級下學期 (測量日期: )	
身高	體重	身高	體重
右	左	右	左
矯	正	矯	正
視	視	視	視
BMI		BMI	
學校篩檢結果		學校篩檢結果	
達標準		達標準	
未達標準		未達標準	
(需就醫複查)		(需就醫複查)	
醫師複查			
● 檢查時散瞳		● 檢查時散瞳	
請勾	有	請勾	有
近視	度	近視	度
遠視	度	遠視	度
散光	度	散光	度
弱視	度	弱視	度
雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼	雙眼	( ) 右眼 ( ) 左眼
其他	無異狀	其他	無異狀
治療方式		治療方式	
診療日期/醫療院所/醫師簽章:		診療日期/醫療院所/醫師簽章:	
家長簽章:		家長簽章:	