

## 高度近視防治 個案管理表

班級：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	右眼	左眼
1. 散瞳前驗光	_____ X _____	_____ X _____
2. 裸眼視力		
3. 裂隙燈檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有明顯異常	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有明顯異常
4. 散瞳後驗光	_____ X _____	_____ X _____
5. 最佳矯正視力		
6. 診斷	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 不等視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 不等視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他異常
建議： <input type="checkbox"/> 加強護眼行為：853240（幫我刪惡視力） 8：顧眼長高睡8飽 5：5 拳彩虹蔬果讚 3：靜心坐姿 321 2：戶外活動 120 4：避光害少 4 電 0：3010 多抬頭 <input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 定期回診(下次回診時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 已點長效散瞳劑 <input type="checkbox"/> 已配戴角膜塑型片		
檢查院所名稱：_____		檢查醫師：_____

檢查日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	右眼	左眼
1. 散瞳前驗光	_____ X _____	_____ X _____
2. 裸眼視力		
3. 裂隙燈檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有明顯異常	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有明顯異常
4. 散瞳後驗光	_____ X _____	_____ X _____
5. 最佳矯正視力		
6. 診斷	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 不等視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 不等視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他異常
建議： <input type="checkbox"/> 加強護眼行為：853240（幫我刪惡視力） 8：顧眼長高睡8飽 5：5 拳彩虹蔬果讚 3：靜心坐姿 321 2：戶外活動 120 4：避光害少 4 電 0：3010 多抬頭 <input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 定期回診(下次回診時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 已點長效散瞳劑 <input type="checkbox"/> 已配戴角膜塑型片		
檢查院所名稱：_____		檢查醫師：_____

備註：

- (1) 散瞳前後驗光值：\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_（第一格數字代表遠或近視度數；第二格數字代表散光度數；第三格數字代表散光軸度）。
- (2) 遠或近視度數：為度數之前有(-)標示，則為近視度數，例如右眼-1.0 即表示近視 100 度；若度數之前有(+)標示，則為遠視度數，例如左眼+0.50 即表示遠視 50 度。
- (3) 散光度數：指眼睛的屈光不正，只會有 0 或負值，例如 0 表示沒有度數，-0.25 指散光 25 度。
- (4) 散光軸度：指散光度數在眼球所發生的角度，角度範圍從 0~180 度，例如 10 表示軸度 10 度。

