姓名:　　身份證號:　　出生日期:　年　月　日

性別:男 ☐ 女 ☐　　檢查日期:　年　月　日　　NO.

※此報告僅提供配鏡參考，因矯正工具及鏡片之種類規格不同，須進行適當微調修正。有效期限自開立日期六十天內。

☐ 裸視 ☐ 舊有眼鏡度數　視力檢查

	Sph	Cyl	Axis	Add	Prism	Base	PD	VASC
OD								
OS								

Auto-refraction

驗光配鏡檢查

	Sph	Cyl	Axis	Add	Prism	Base	PD	VACC
OD								
OS								

利眼檢查: ☐ OD ☐ OS　　Ex.

雙眼融像檢查: ☐ normal ☐ abnormal

不等像檢查: ☐ normal ☐ abnormal

斜視斜位篩檢: ☐ normal ☐ abnormal

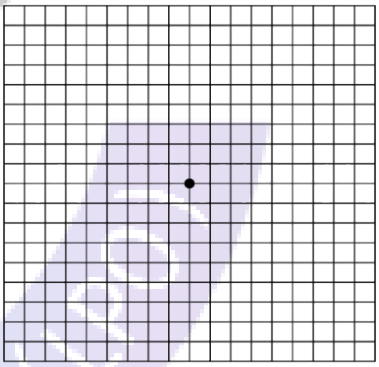
隱形眼鏡驗配檢查 ☐ 軟式 ☐ 硬式

	Sph	Cyl	Axis	Add	BC	Dia	Size	COL
OD								
OS								

OD　HVID:　　OS　HVID:

Ex.　　Ex.

AMSLER GRID



其他單項檢查:

1. 立體視檢查:		normal		abnormal
2. 眼球運動功能檢查:		normal		abnormal
3. 色覺異常檢查:		normal		abnormal
4.		normal		abnormal
5.		normal		abnormal

本人_____為 6 至 15 歲患者，

是否經眼科醫師首次驗光過 是☐ 否☐

醫事機構章	驗光人員章

1130908 首版