

檢查報告

姓名：

檢查日期： 年 月 日

NO.

	右眼(OD)					左眼(OS)					PD
	Sph	Cpl	Axis	Prism	Base	Sph	Cpl	Axis	Prism	Base	
遠用											
中距											
近用											

一式二聯 白聯：驗光所留存

本人_____為6至15歲患者，
是否經眼科醫師首次驗光過 是 否

1130908 首版

醫事機構章	驗光人員章

※ 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。

檢查報告

姓名：

檢查日期： 年 月 日

NO.

	右眼(OD)					左眼(OS)					PD
	Sph	Cpl	Axis	Prism	Base	Sph	Cpl	Axis	Prism	Base	
遠用											
中距											
近用											

一式二聯
紅聯：客戶留存

本人_____為6至15歲患者，
是否經眼科醫師首次驗光過 是 否

1130908 首版

醫事機構章	驗光人員章

※ 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。