視覺功能檢查表

_____學校(幼稚園) _____班

姓名：_____性別：☐男 ☐女 年齡：_____ 歲

視覺困擾問題主訴：

☐無

Old VA	☐SC ☐PG OD _____ OS _____	Old PG ☐無 ☐有	S C A OD _____ _____ x _____ OS _____ _____ x _____

會診紀錄

OD △ OS

瞳孔調節反射	☐正常 ☐異常	眼視光問題
眼位	☐正常 ☐異常	☐弱視：☐右☐左☐雙眼 ☐眼球震顫
追蹤視	☐正常 ☐異常	☐斜視：☐右☐左☐交替性 ☐眼瞼下垂
跳視	☐正常 ☐異常	☐調節異常：☐右☐左☐間歇性 ☐碰撞東西
聚合近點	☐正常 ☐異常	☐聚合異常☐開散異常☐立體視_____SR☐無立體視
立體視	☐正常 ☐異常	☐聚合異常☐開散異常☐立體視_____SR☐無立體視
轉門諾眼科檢查		☐色彩覺異常☐跳漏字☐其他

☐調節 ☐斜視 ☐視野
☐弱視 ☐跳視 ☐色彩
☐矯正視力 ☐知覺完形
☐鏡像字 ☐免費配鏡

☐**申請視覺訓練**

☐其他：

視覺功能訓練項目：

 檢查人：_____日期：_____