

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

附件三 驗光報告表

一、基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 生日：_____年_____月_____日(____歲)

二、主訴疾病與視覺問題：_____

三、慣用視力檢查：

1. 遠距離視力：

| 項目 | VAsc 裸視視力 | VAcc 原眼鏡 矯正視力 | Sph 球面度數 | Cyl 散光度數 | Axis 軸度 | Prism 稜鏡度 | Base 基底 | PD 瞳距 |
|----|--------------|---------------------|-------------|-------------|------------|--------------|------------|----------|
| 右眼 | | | | | | | | |
| 左眼 | | | | | | | | |
| 雙眼 | | | | | | | | |

2. 近距離視力：

| 項目 | VAsc 裸視視力 | VAcc 原眼鏡 矯正視力 | Sph 球面度數 | Cyl 散光度數 | Axis 軸度 | Prism 稜鏡度 | Base 基底 | PD 瞳距 |
|----|--------------|---------------------|---------------------|-------------|------------|--------------|------------|----------|
| 右眼 | | | | | | | | |
| 左眼 | | | | | | | | |
| 雙眼 | | | 使用距離：_____ 公分：_____ | | | | | |

3. 慣用眼鏡用途及規格註記：_____

四、驗光配鏡建議：

1. 遠距離處方：

| 項目 | VA 矯正視力 | Sph 球面度數 | Cyl 散光度數 | Axis 軸度 | Prism 稜鏡度 | Base 基底 | PD 瞳距 |
|----|------------|-------------|-------------|------------|--------------|------------|----------|
| 右眼 | | | | | | | |
| 左眼 | | | | | | | |
| 雙眼 | | | | | | | |

2. 近距離處方：

| 項目 | VA 矯正視力 | Sph 球面度數 | Cyl 散光度數 | Axis 軸度 | Prism 稜鏡度 | Base 基底 | PD 瞳距 |
|----|---------------------|-------------|-------------|------------|--------------|------------|----------|
| 右眼 | | | | | | | |
| 左眼 | | | | | | | |
| 雙眼 | 使用距離：_____ 公分：_____ | | | | | | |

3. 其他視覺檢查說明(如斜視、斜位、視野、立體視覺、與色彩視覺)：_____

五、建議：(請從眼鏡配戴、視覺訓練需要與否以及建議輔具使用倍率方面描述)

1. 特製眼鏡建議使用：屈光矯正 斜視矯正 放大(遠 中 近) 望遠 延伸視野
防眩光 增強對比

2. 其他說明、需求或建議：_____

驗光單位(驗光處所全銜)：_____

驗光人員：_____ 驗光日期：_____

