

新北市崇光女中 學生暑假視力定期檢查報告回條聯

請於開學 9 月 5 日  
繳回健康中心彙整

\_\_\_\_年\_\_\_\_班 座號 \_\_\_\_\_ 學生姓名 \_\_\_\_\_

一、醫療院所名稱與就診日期：

二、下次回診日期：

三、眼科醫師檢查結果（請務必填寫度數、裸視視力、矯正視力）：

裸眼視力正常     屈光不正    檢查是否散瞳： 是     否

	度	數	裸 視 視 力	矯 正 視 力
右 眼				
左 眼				

若有異常，請勾選（可複選）

- (1) 近視     右眼     左眼                      (2) 遠視     右眼     左眼  
 (3) 散光     右眼     左眼                      (4) 弱視     右眼     左眼  
 (5) 斜視     內斜     外斜     上下斜     單眼    (6) 其他異常（請註明）\_\_\_\_\_

四、治療方針：（可複選）

- 視力保健     定期檢查     藥物治療     配鏡矯治     更換鏡片     配戴隱形眼鏡  
 遮眼治療     角膜塑型     物理治療     其他（請註明）\_\_\_\_\_

眼科醫師簽章：\_\_\_\_\_ 家長簽章：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

新北市崇光女中 學生暑假口腔定期檢查報告回條聯

請於開學 9 月 5 日  
繳回健康中心彙整

\_\_\_\_年\_\_\_\_班 座號 \_\_\_\_\_ 學生姓名 \_\_\_\_\_

一、醫療院所名稱與就診日期：

二、下次回診日期：

三、牙科醫師檢查結果（請註記牙位）：

C-齶齒    X-缺牙    Δ-已矯治    /-待拔牙    ϕ-阻生牙    Sp.-贅生牙

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
上 右			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左 下		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

齶 齒	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治		PS：（請註記已矯治牙位 _____）	
牙周病	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治		口腔黏膜異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
牙齦炎	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治		恆牙窩溝封填	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
牙結石	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治		其 他	
待拔牙	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治			

四、牙科醫師簽章：\_\_\_\_\_ 家長簽章：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

五、家長聯絡事項：