**輔具評估報告格式編號：7**

**輔具項目名稱：視覺及相關輔具**

**附件三 驗光報告表**

**ㄧ、基本資料**

|  |
| --- |
| 1.姓名： 2.身分證字號： 3.生日： 年 月 日 |

**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棱鏡度 | Base基底 | PD瞳距 |
| 右眼 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左眼 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 雙眼 |  |  |  |

1. 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棱鏡度 | Base基底 | PD瞳距 |
| 右眼 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左眼 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 雙眼 |  |  | 使用距離： 公分：  |

1. 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棱鏡度 | Base基底 | PD瞳距 |
| 右眼 |  |  |  |  |  |  |  |
| 左眼 |  |  |  |  |  |  |  |
| 雙眼 |  |  |

1. 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棱鏡度 | Base基底 | PD瞳距 |
| 右眼 |  |  |  |  |  |  |  |
| 左眼 |  |  |  |  |  |  |  |
| 雙眼 |  | 使用距離： 公分：  |

1. 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) □延伸視野

□防眩光 □增強對比 □色覺改善

1. 其他說明、需求或建議：

評估單位用印

驗光單位(驗光處所全銜)：

驗光師： 驗光日期：