

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

## 一、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 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) 延伸視野  
防眩光 增強對比 色覺改善

## 2. 其他說明、需求或建議：\_\_\_\_\_

驗光單位(驗光處所全銜)：\_\_\_\_\_

驗光師：\_\_\_\_\_ 驗光日期：\_\_\_\_\_

評估單位用印