

眼科

就醫完成，交至衛生

____年____班 座號 ____ 號 姓名 _____

眼科檢查日期	年 月 日 (七年級可交完成之護眼筆記視為完成就醫)
醫療機構名稱：	眼科醫師簽章
目前有使用輔具 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 → 戴鏡視力右：____左：____	
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力右：____左：____	
若有異常，以下請打勾(可複選) A <input type="checkbox"/> 弱視	
B <input type="checkbox"/> 屈光不正 散瞳度數： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 近視	右 眼 - 度 左 眼 - 度
<input type="checkbox"/> 遠視	右 眼 + 度 左 眼 + 度
<input type="checkbox"/> 散光(負值)	右 眼 度 左 眼 度
C <input type="checkbox"/> 其他異常(請註明)：	
醫師建議處理(可複選)	
散瞳劑(<input type="checkbox"/> 1.長效 <input type="checkbox"/> 2.短效) <input type="checkbox"/> 3.其他藥物_____ <input type="checkbox"/> 4.配鏡 <input type="checkbox"/> 5.更換鏡片 <input type="checkbox"/> 6.遮眼治療	
<input type="checkbox"/> 7.配戴隱眼 <input type="checkbox"/> 8.角膜塑型 <input type="checkbox"/> 9.視力保健衛教 <input type="checkbox"/> 11.定期檢查(回診日期 年 月 日)	

牙科

上下聯請勿撕開

____年____班 座號 ____ 號 姓名 _____

牙科檢查日期			年 月 日					下次回診日期			年 月 日					
醫療機構名稱								牙科醫師簽章								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
上 右 下			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上 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	

C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根) h-乳牙待拔 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙

牙科醫師複檢結果與建議 ☐狀況良好、不需要矯治 ☐有需要矯治項目，見下表

齲齒	<input type="checkbox"/> 本次已矯治完畢(牙位 _____)
	<input type="checkbox"/> 矯治中(牙位 _____)
	<input type="checkbox"/> 未矯治之齲齒(牙位 _____)
本次矯治項目	<input type="checkbox"/> 齲齒 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 其他
需回診矯治項目	<input type="checkbox"/> 齲齒 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 其他

完成就醫可以先拍照存留,避免遺失