

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：\_\_\_\_\_

