

輔具評估報告書

附件三 驗光報告

姓名：_____ 性別：男 女 生日：_____年_____月_____日(_____歲)

一、視力檢查：

	右眼	左眼	雙眼
遠距	裸視		
	原眼鏡處方		
	矯正視力		
近距：_____公分	裸視		
	原眼鏡處方		
	矯正視力		

二、處方：

1. 遠距離處方：

	VA	Sph	Cyl	Axis	Prism	Base	PD
右眼							
左眼							
雙眼							

2. 近距離處方：

	VA	Sph	Cyl	Axis	Prism	Base	PD
右眼							
左眼							
雙眼							

三、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)

- 特製眼鏡建議使用：屈光矯正 斜視矯正 放大 望遠 延伸視野 防眩光 增強對比
- 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：_____

評估單位用印