

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)

1. 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
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：_____

評估單位用印