|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 性別 |  | 血型 |  |
| 出生年月日 |  | 年齡(足歲) |  |
| 行動電話 |  | E-mail |  |
| 身高/體重 |  | 障礙程度 | □輕度 □中度□重度 □極重度 |
| 伴隨障礙 | □肢體 □視力□聽力 □口語□智力 □癲癇□心臟疾病 □精神疾病□氣喘 □其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 口語表達能力 | □可以表達清楚□可以部分表達□可以頭或眼睛表達□完全無法表達 |
| 認知功能 | □輕度缺損 □中度缺損 □重度缺損 | 手部功能 | □可以操作□操作動作慢□需他人協助□完全無法操作 |
| **視覺功能問卷** |
| **是否動過手術** | □是,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□否 | **視力檢查** | □有做過□尚未做過 |
| **視力值**(指眼睛視物的清晰度，可用視力檢查表測得) | 左眼:右眼:□我不太清楚孩子的視力值 | **斜視** | □無斜視□內斜視□外斜視□偶爾會有斜視□我不太清楚孩子的斜視狀況 |
| **屈光度數**(如:右眼近視500度+散光175度) | 右眼:□近視□遠視 \_\_\_\_\_度+散光\_\_\_\_\_度，左眼:□近視□遠視 \_\_\_\_\_度+散光\_\_\_\_\_度□我不太清楚孩子的屈光度數 |
| **其他**(複選) | □白內障 □青光眼 □眼外傷 □早產兒視網膜病變□中樞性視覺損傷 □其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**109年腦麻生視力篩檢報名表**