

(驗光所名稱) 轉介單

驗光所機構代碼： _____

填單交付日期： _____年____月____日

民眾基本資料

姓名： _____，生日：民國____年____月

家長或連絡人： _____，連絡電話： _____

轉介摘要：

驗光者年齡

- 6歲以下
 6歲以上 15歲以下
 15歲以上

視力不能矯正至正常(驗光人員法第 12 條第 3 項及其施行細則第 6 條第 3 項)：

單眼矯正視力無法達到 0.9(含)以上

6歲以上 15歲以下者驗光，有下列情形之一(驗光人員法施行細則第 6 條第 1 項第 2 款)：

- 高度近視 500 度(-5.0 D)含以上(依球面當量度數：球面近視度數+散光一半度數)
 超過 6 個月以上未曾經眼科醫師診斷無假性近視疑慮者；
 最近 6 個月內曾經眼科醫師判定無假性近視疑慮可驗光配鏡，但有疑慮需要再檢查：
 半年或一年增加近視 50 度(-0.5D)含以上；
 單眼矯正視力無法達到 0.9(含)以上；
 兩眼視差 250 度(2.5D)含以上；
 散光 200 度(2.0D)含以上；

其他：需要轉請眼科醫師檢查(如：黑影、飛蚊、閃光、眩光、變形等眼睛症狀。)

驗光師(生)簽章： _____

醫療院所機構名稱： _____

看診日期： _____年____月____日

診察摘要：

- 無假性近視。
 有假性近視。
 建議視力或視野有變化，應立即回診。
 有成人慢性病或老年性眼睛疾病。
 有其他眼疾，待治療後再檢查。

眼科醫師簽章： _____

※驗光所查核轉介單簽具完整性後，一份由驗光所連同紀錄保存，一份交付民眾。