|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**