高雄市_____區學齡前兒童視力及斜弱視篩檢名冊

園所名稱：　　檢查日期：

班別：　　班級人數：　　受檢人數：

編號	幼童姓名	性別		年次	立體感檢查		遠視力檢查		轉診		醫師複檢結果		矯治		家長聯絡電話
		男	女		正常	異常	右眼	左眼	無	有	正常	異常	無	有	
合計															

100.03.30本