

## 视力筛检报告：

观察结果系指肉眼检查眼睛的样貌。

合格  不合格

视力敏锐度系指每一只眼睛视力的敏锐度。您的孩子接受了 **VIP 5 英尺满载里亚氏量表** 筛检。

右眼：  合格  不合格

左眼：  合格  不合格

立体微笑检查可以检测显示您孩子的双眼是否协同工作良好。这叫做**双眼视力**。

合格  不合格

---

## 视力筛检结果：

您的孩子**通过了**视力筛检，目前不需要采取任何行动。（请记住视力筛检只能发现年幼儿童大部分常见的视力问题，但却无法检测出所有的视力问题或疾病。视力筛检不能取代由一位验光师或是眼科医师所做的详细眼睛检查。如果您还有任何问题或是疑虑的话，请向眼睛护理专业人士请教。）

您的孩子**没通过**视力筛检。（请见下页您必须采取的步骤来协助您的孩子）。

您的孩子**未能接受筛检**。原因如下：

---

---

尊敬的家长/监护人：

您的孩子刚刚做完视力筛检。视力筛检的目的是找出有视力问题高危险的孩子。**视力筛检不能取代验光师或是眼科医师所做的全面眼睛检查。**

视力有问题的年幼儿童自己并不知道他们的视力不正常！如果未能及早发现和治疗，童年的视力问题有可能导致永久性视力丧失或是学习障碍。

如果您的孩子今天**没有通过**视力筛检，随诊安排全面的眼科检查是很重要的。**步骤如下：**

1. 替您孩子与一位当地验光师或眼科医师**安排眼睛检查**。如果您需要协助寻找或推介眼科医师，请参见下节：“就近寻找眼科医师”。即使约诊日期可能长达3至6周，也不构成问题。
2. **不要错过约诊**，因为下次再约费时可能一样长。就诊时请携带**这张表格**，并交给您的医师。同时请注意有些首次看诊可能长达二小时。可以带一些图书或玩具让孩子打发时间。
3. **请医师填写背面的表格交给校方**。如果医师指示您孩子进一步治疗的话，学校的职员和老师将会需要这些信息，他们能支持您和您的孩子。同时，请您索取一份检查结果/治疗计划自行存档。

**就近寻找眼科医师：**

如果您目前还没有一位家庭眼睛护理专业人士的话，先请您与您的健康/视力保险公司联系。您也可以与下列全州性专业协会联系或搜寻 Medicaid 服务处：

**俄亥俄州眼科医生协会：** 614-527-6799, [www.ohioeye.org](http://www.ohioeye.org).

**俄亥俄州验光师协会：** 800-999-4939, [www.ooa.org](http://www.ooa.org).

**俄亥俄州 Medicaid 服务处：** 800-324-8680,  
<http://ohiomh.com/ProviderSearch.aspx>

## 检查记录

亲爱的眼睛护理专业人士：

这位儿童已由一位经失明预防(Prevent Blindness)认证的视力筛检人员检查。请填写并使用下列传真号码交回本表格,以协助我们评估此项目。所有检查结果均属保密,仅供统计使用。 传真号码:\_\_\_\_\_

检查日期:\_\_\_\_\_  新病人  旧有诊断

儿童姓名 \_\_\_\_\_

医师姓名 \_\_\_\_\_

### 诊断:

视力正常

弱视

斜视

其他 \_\_\_\_\_

屈光不正:

近视

远视

散光

### 治疗:

开具眼镜配方

持续佩戴

看近处专用

看远处专用

眼罩: 每天佩戴 \_\_\_\_\_ 小时

随诊复检:

六个月

十二个月

其他 \_\_\_\_\_

### 家长同意发送检查结果:

我授权 \_\_\_\_\_ 医师将我孩子的检查报告提供给 \_\_\_\_\_ (学校名称)。

印刷体姓名: \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

## 视力筛检结果:

\_\_\_\_\_ 儿童姓名

\_\_\_\_\_ 筛检日期

\_\_\_\_\_ 筛检地点

学前视力筛检培训由提供:



请致电 1-800-301-2020 或造访我们的网站 [www.pbohio.org](http://www.pbohio.org), 以取得进一步信息。

请造访 [WiseAboutEyes.org](http://WiseAboutEyes.org) 网站, 以取得儿童眼睛保健与安全的信息。



视力筛检培训以及小册子由  
Ohio Department of Health, Bureau of Maternal and Child Health,  
Save Our Sight Services 资助。



VIP 表格更新日期为 2015 年 5 月 19 日