**江苏省0-6岁儿童视力健康检查表**

幼儿园名称： 年 级： 班 级：

姓名： 性 别： □男 □女 民 族：

出生日期: \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 检查日期: \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_ 日

身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

**1.[眼外观]（**全年龄段**）**

（1）眼睑：☑未见异常 □眼睑下垂 □异常

1. 结膜：☑未见异常 □结膜炎 □疑似沙眼 □异常
2. 角膜：☑未见异常 □异常
3. 瞳孔：☑未见异常 □异常

**2.[视觉行为评估]** （1、2项，幼儿园儿童为非必填项）

（1）光照反射：☑未见异常 □异常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（0-6月龄）

1. 瞬目反射：☑未见异常 □异常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（0-6月龄）

（3）异常视觉行为：□无□畏光 □眯眼 □歪头 □其它

**3.[早产儿视网膜病变筛查]（**出生体重<2000g、胎龄≤34周、患有严重疾病或有明确较长时间吸氧史的早产儿，生后4-6周或矫正胎龄31-32周开始进行眼底病变筛查）（幼儿园儿童为非必填项）

(1)右眼：☑通过 □未通过

(2)左眼：☑通过 □未通过

**4.[红光反射检查]（**全年龄段**）**

(1)右眼：☑未见异常 □异常

(2)左眼：☑未见异常 □异常

**5.[眼位及眼球运动检查]（**6月龄以上**）**

(1)眼 位:☑未见异常 □异常

1. 眼球运动:☑未见异常 □异常

**6. [远视力检查]**

（1）选择测量视力表：☑标准对数视力表（3.5周岁以上）

□图形视力表（2.5-3.5岁）（有条件情况下）

□其它

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 眼别 | 裸眼视力（按5.0计数法） | 戴镜视力（按5.0计数法） |
| \* | 右眼 |  |  |
| \* | 左眼 |  |  |

1. 选择佩戴眼镜情况：□不带镜□佩戴框架眼镜□佩戴隐形眼镜 □佩戴角膜塑形镜 ，佩戴度数：右眼： 左眼：

**注：**戴镜视力指配戴自己现有的眼镜看到的视力水平。

**7.[屈光筛查]（**记录电脑验光3次平均数值，6月龄以上）

（1）非睫状肌麻痹下验光（结果不具有诊断意义）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 眼别 | 球镜（S） | 柱镜（散光C） | 轴位（散光方向A） |
| 右眼 |  |  |  |
| 左眼 |  |  |  |
| （2）睫状肌麻痹下验光（非必填项）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 眼别 | 球镜（S） | 柱镜（散光C） | 轴位（散光方向A） | | 右眼 |  |  |  | | 左眼 |  |  |  |   注：球镜、柱镜填写请保留两位小数。球镜为近视或远视度数，负值“-”为近视，正值为远视；“柱镜”为散光度数；轴位为散光的方向，有散光度数才会有散光轴位。  （3）其他特殊情况,需注明：  **8.[临床印象]**  ☑未见异常 □远视 □散光 □近视 □斜视 □弱视 □异常  **9.[处理]**  ☑随访 □转诊 | | | |