

## 臺南市

## 區學齡前幼兒斜、弱視篩檢名冊

幼兒園名稱：

聯絡老師：

電話：

班級：

班級人數：

檢查日期：

受檢人數：

編號	幼童姓名	性別		出生日期			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	左	無	有	正常	異常	無	有	

本表由各幼兒園填報，各自存一份，送衛生所一份