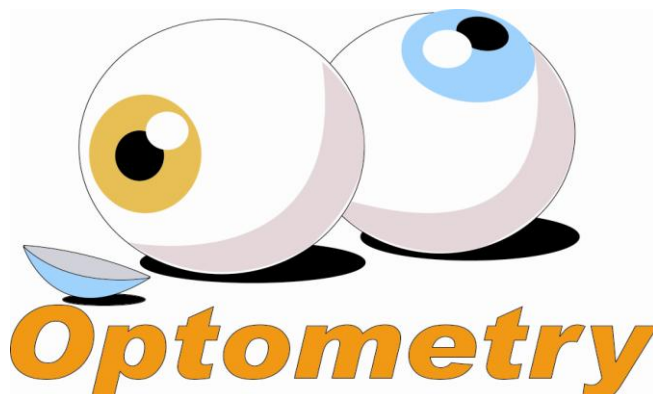


元培醫事科技大學視光系

眼科實習問診與檢查記錄



檔案編號: _____

受測日期: _____

受檢者

姓名: _____

性別: 男 女

生日: 民國_____年_____月_____日

住址: _____

檢查者姓名: _____

實習指導老師: _____

飲食習慣

您經常吃下列食物嗎?(請打√勾)

食物類別	時期	每天	每週2-3次	每兩週1-2次	每月少於1次
黃綠色蔬菜	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高纖蔬菜	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
豆類製品	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
魚	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉製品	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蛋製品	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
海菜	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水果	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
優格	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牛奶	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甜食	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
綠茶	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
植物油	30-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>50歲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其它：

過去病史

您是否被診斷過下列疾病？

疾病名稱	無	不確定	有	患病年齡
010.糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
011.高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
012.慢性氣管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
013.氣喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
014.心臟病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
015.風濕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
016.皮膚病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
017.骨質疏鬆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲
018.其它	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歲

眼睛病史

您是否被診斷下列眼疾？

病稱	無	不確定	有 左、右眼或雙眼
019.近視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼
020.遠視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼
021.青光眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼
022.葡萄膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼
023.黃斑部病變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼
024.糖尿病性網膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼
025.其它			

026.眼睛周圍是否有老年性色素斑？

無

少許(10個月內)

很多或範圍大

您是否曾有過下列工作環境？

45.經常使用電腦 沒有 有：_____年

46.經常接受紫外線照射 沒有 有：_____年

47.經常接受紅外線照射 沒有 有：_____年

48.經常看電視 沒有 有：_____年

您在白天時有配戴過眼鏡嗎？

49.眼鏡

從來沒有配過

曾經配過眼鏡

常常戴 必要時才戴 只在室外戴 只在室內戴(例如閱讀或打電腦)

遠用 從____歲到____歲 近用 從____歲到____歲

遠近兩用 從____歲到____歲

白內障病史

027.您是否被診斷過白內障？

沒有 沒有，近日才被眼科醫師診斷為正常

不知道，沒看過眼科醫師

是的。我有白內障，我由____歲開始有白內障

右眼:在____歲 左眼:在____歲

028.被診斷出白內障之後，有定期做檢查？

沒有 為什麼？

眼睛沒有好轉 眼睛更糟糕 儘管視力不好，但沒有留意

預約時間太長 看眼科醫師太麻煩 不喜歡看醫師

診斷費太貴 不常去

其它因素_____

有：多久一次？ 每週 每月 每年

029.接受過什麼樣的治療？

只有藥物治療，沒有動手術 只有藥物治療，但醫師建議動手術

動手術：什麼時候 右眼：____歲 左眼：____歲

白內障家族及手術史

	沒有	不知道	有白內障	有無手術
30.父親	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
31.母親	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
32.兄弟姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
33.孩子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

您是否有下列視覺障礙症狀？

症狀	無	有 左、右眼或	幾歲開始	病程	嚴重程度
034.視物模糊	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
035. 看遠不清楚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
036. 看近不清楚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
037.明亮處視物不清楚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
038.昏暗處視物不清楚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
039.色盲	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
040.複影	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
034.視覺疲勞	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
041.辨認交通訊號燈顏色	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
042.讀書讀報困難	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
043.看電視困難	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼		<input type="checkbox"/> 突發性 <input type="checkbox"/> 漸進性	<input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 不太清楚 <input type="checkbox"/> 不清楚
044.其它					

50歲以上民眾(包括工作)調查

早上九點到下午五點的戶外動時間為每天幾小時？

50.工作日：_____小時/天 51.假 日：_____小時/天

從事戶外活動時是否經常使用下列物品？

物品	工作日	假日
52.-1遮陽帽	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有
52.-2遮陽傘	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有
53.太陽眼鏡	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有
54.普通眼鏡	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有

55.您習慣帶什麼樣帽子?(what kind of hat do you often use)







其它 _____

您主要是在什麼樣的地板上活動？

	工作日	假日
56.泥土	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.水泥地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.草地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.柏油地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.水面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.其它	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62.您認為自己大部分的眼睛保養上市來自哪裡？

- 學校教育 新聞媒體(報紙雜誌或電視電台)
 工作場所(例如職業安全教育) 其它(例如朋友忠告)

63.您認為自己的眼睛保養常識如何，是否充足到可以讓自己視力保養的很好？

- 極佳 很好 好 還可以 差

64.您認為自己的眼睛保養習慣如何，是否可以讓自己視力保養的很好？

- 極佳 很好 好 還可以 差

基本資料

身 高：_____公分 體 重：_____公斤

職 業：_____ 職 稱：_____

學 歷：

- 國小以下 國小 國中 高中 專科/大學
 研究所 (碩 / 博)

工作性質：

- 都在戶外 大部分在戶外 一半在戶外，一半在室內
 大部分在室內 都在室內 其他：_____

平日休閒活動：

- 都在戶外 大部分在戶外 一半在戶外，一半在室內
 大部分在室內 都在室內 其他：_____

假日休閒活動：

- 都在戶外 大部分在戶外 一半在戶外，一半在室內
 大部分在室內 都在室內 其他：_____

婚姻狀態

- 未婚 已婚 分居 離婚 喪偶 再婚
 其它：_____

目前身體的健康狀態

- 健康 一般 病弱 重病

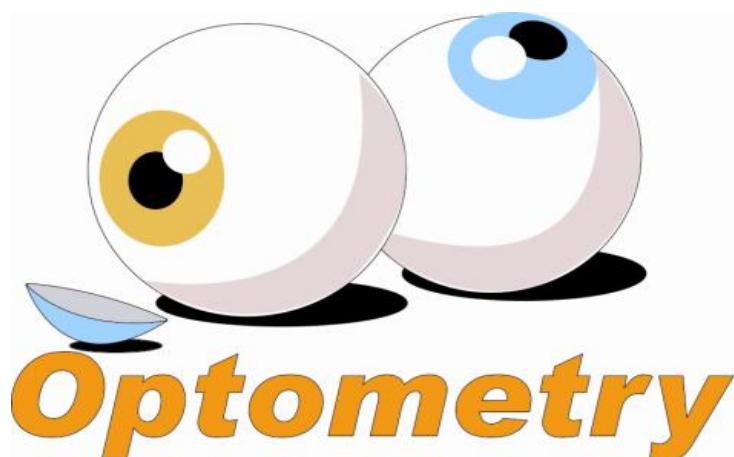
過去或現在薪資及其他收入狀況

- 0~29,999元 30,000~59,000元 60,000元以上

Lensmeter OD: OS:	Auto K/R
D.VA (s.c / c.c) 6m LCD / Projector / 燈箱 OD: @ X / OS: @ X /	
D.VA (s.c / c.c) 團篩機 / 魔視箱 OD: @ X / OS: @ X /	
BCVA 6m LCD / Projector / 燈箱 OD: @ X / OS: @ X /	
Color test	
Stero test	
CT Dist. Eso / Ortho / Exo (Phoria / Tropia) Near. Eso / Ortho / Exo (Phoria / Tropia)	
NPA/NPC Break Recover cm / cm cm	IOP
Acc. Facility OD: cycle / min. OS: cycle / min. OU: cycle / min.	
Cornea topograph Finish / No.	
Pterygium photo Finish / No.	
A.S Finish / No.	

元培醫事科技大學視光系

驗光配鏡實習問診與檢查記錄



檔案編號: _____

受測日期: _____

受檢者

姓名: _____

性別: 男 女

生日: 民國_____年_____月_____日

住址: _____

檢查者姓名: _____

實習指導老師: _____

驗光配鏡實習問診單

001. 出生年月日：____年____月____日

002. 性別：男 女

003. 目前矯正方式：無

(可複選) 眼鏡(大約____年級或____歲時開始配戴；

我總是 經常 偶爾 只有上課時使用 沒有戴隱形眼鏡時 使用)

隱形眼鏡(大約____年級或____歲時開始配戴；硬式 軟式；

日拋 週拋 月拋 其他____；如果你知道品牌請寫出來____；

我總是 經常 偶爾 只有上課時使用 運動時 使用)

夜戴型矯正鏡片 其他_____

004. 父母親視力狀況

父：良好

遠視 近視 散光

請簡述目前屈光度數(左眼：_____右眼：_____)

弱視 視覺障礙(持有身心障礙手冊者) 其他_____

母：良好

遠視 近視 散光

請簡述目前屈光度數(左眼：_____右眼：_____)

弱視 視覺障礙(持有身心障礙手冊者) 其他_____

005. 您的健康狀態：健康 一般 病弱 重病 領有身心障礙手冊(____障____度)

006. 您是否曾持續服用某藥物超過六個月？

是(請說明藥物名稱或藥物功能)_____ 否

007. 您目前(六個月內)是否有使用散瞳藥物(例如阿托平)控制近視？

是(開始使用散瞳藥物的年齡約是在____歲____月左右)(第8題至第10題不必填寫)

否(請續填第8題)

008. 您過去是否有使用散瞳藥物(例如阿托平)控制近視？

是(請續填第9~10題) 否(第9~10題不必填寫)

009. 您過去曾經使用過散瞳藥物控制近視的年齡約是在

____歲____月~____歲____月，共計____年____月左右

010. 您停止使用散瞳藥物控制視力的原因是什麼？

- 醫師指示 覺得沒效或麻煩 書報或網路資料的建議
其他親友的建議 學生本人反應不舒服 其他_____

011. 您目前是否使用或是服用任何市面上宣稱能控制近視的藥物或產品？

- 是(請說明藥物或產品名稱)_____
- 成效為何? 成效不錯 尚可 沒有成效
- 否

012. 您是否服用其他與眼睛相關的健康食品

- 是
- 綜合維他命 維他命B群 深海魚油 維他命C 維他命E 枸杞
葉黃素 維生素A或胡蘿蔔素 DHA 其它(請說明_____)
- 否

013. 飲食習慣：請根據您平日的情況勾選

- A. 飲食類別：葷食 全素(不吃蛋不喝牛奶) 蛋素 奶素
- B. 每日約喝含糖飲料(750CC/杯)：不喝 1杯 2杯 3杯 3杯以上
- C. 若每日有喝飲料，請問是幾分糖(750CC/杯)：無糖 三分糖 五分糖 八分糖 全糖
- D. 每日約吃蔬菜：不吃 1湯匙 半碗~1碗 2~3碗 3碗以上
- E. 每日約吃水果(像拳頭大小或一平碗)：不吃 1份 2份 3份 4份以上
- F. 每日約吃五穀類：不吃 小於1碗 1碗 2碗 3碗以上
- G. 每日約吃紅肉(牛羊豬肉；一份約1兩重；一般市售排骨便當約含4份)：
不吃 小於1份 2~4份 4~8份 8份以上
- H. 每日約吃禽肉(雞鴨鵝肉；一份約1兩重；一隻雞腿約含3份)：
不吃 小於1份 2~4份 4~8份 8份以上
- I. 每日約吃魚肉(一條吳郭魚肉約含4份)：
不吃 小於1份 2~4份 4~8份 8份以上

J. 請依您平時飲食習慣勾選

食物類別	幾乎從來不吃	每週少於1次	每週1-2次	每週3-4次	每週5次以上
蕃茄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
葡萄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
綠茶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牡蠣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鮭魚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
堅果(腰果、核桃、榛子、花生等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
花椰菜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

食物類別	幾乎從來不吃	每週少於1次	每週1-2次	每週3-4次	每週5次以上
藍莓、蔓越莓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地瓜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
燕麥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紫菜、昆布(海帶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
菠菜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
菠菜以外的深色蔬菜，如：A菜、芥蘭菜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蘋果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
橘子、柳丁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
芭樂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
奇異果、草莓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
黑巧克力或可可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蛋黃(如荷包蛋、鹹蛋黃、蛋餅等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膽固醇含量高的食物，如：內臟(腦、肝、腰子等)、蟹黃、蝦卵、魚卵等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肥肉、奶油	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紅肉(豬肉、牛肉、羊肉)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
炸雞、薯條	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
油炸、油煎、油酥的食物(包括油條、豬皮、雞皮、鴨皮、魚皮等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
優格、優酪乳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牛奶、羊奶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
豆類製品(豆漿、豆腐等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

014. 用眼習慣

項目	少於30分鐘	1小時左右	2小時左右	3小時左右	4小時左右或4小時以上
平均每天(星期一至星期五)近距離閱讀或書寫的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)閱讀課外課物(如繪本、小說、漫畫、散文等)的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)課餘進行靜態活動(如音樂、作文、下棋、打牌等)的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)課餘進行動態活動(如抬拳道、空手道、球類等)的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)觀看電視節目(如卡通、連續劇、電影等)的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)使用電腦的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)在室內進行體能活動的時間(如在體育館內散步、做體操、跑步、打桌球或羽球)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平均每天(星期一至星期五)在日光下進行戶外活動的時間(含盪秋千、溜滑梯、跑步、健行、騎腳踏車與打球)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

項目	少於 30 分鐘	1 小時左右	2 小時左右	3 小時左右	4 小時左右或 4 小時以上
週末或假日，平均每天近距離閱讀或書寫的時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
週末或假日，平均每天使用電腦的時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
週末或假日，平均每天看電視的時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
週末或假日，平均在每天室內進行體能活動的時間。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
週末或假日，平均每天在日光下進行戶外活動的時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

015. 物理與人文環境

項目					
家中書桌照明	<input type="checkbox"/> 非常不好	<input type="checkbox"/> 不好	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 好	<input type="checkbox"/> 非常好
看電視時的照明	<input type="checkbox"/> 非常不好	<input type="checkbox"/> 不好	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 好	<input type="checkbox"/> 非常好
打電腦時的照明	<input type="checkbox"/> 非常不好	<input type="checkbox"/> 不好	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 好	<input type="checkbox"/> 非常好
閱讀與書寫之桌椅高度	<input type="checkbox"/> 非常不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 非常符合
電腦桌椅高度	<input type="checkbox"/> 非常不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 非常符合
電視與座椅的距離	<input type="checkbox"/> 非常不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 非常符合
閱讀時保持與書本或閱讀物距離 30 公分以上	<input type="checkbox"/> 非常不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 非常符合
近距離工作每間隔 30 分鐘就會休息	<input type="checkbox"/> 非常不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 非常符合
看電視時間每間隔 30 分鐘就會休息	<input type="checkbox"/> 非常不符合	<input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 非常符合
看書、看電視、打電腦或一般生活作息是否使用不同度數的眼鏡	<input type="checkbox"/> 沒有配戴任何眼鏡	<input type="checkbox"/> 使用同一副相同度數的眼鏡或隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 使用雙光鏡片	<input type="checkbox"/> 使用漸近多焦點鏡片	<input type="checkbox"/> 配置不同度數的眼鏡以利看遠與看近
每天睡眠時數	<input type="checkbox"/> 10hrs 以上	<input type="checkbox"/> 8-10hrs	<input type="checkbox"/> 7-8hrs	<input type="checkbox"/> 6-7hrs	<input type="checkbox"/> 6hrs 以下
睡眠前用眼習慣	<input type="checkbox"/> 睡覺前看書	<input type="checkbox"/> 睡覺前看電視	<input type="checkbox"/> 睡覺前打電腦	<input type="checkbox"/> 睡覺前與家人聊天	<input type="checkbox"/> 睡覺前在家中或家附近四處走走

016. 從事戶外活動的習慣

項目																
參與的社團性質	<input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 戶外(一週__天) <input type="checkbox"/> 沒有參加任何社團															
您參加哪一些運動?																
普通眼鏡	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有															
遮陽傘或遮陽帽	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有															
太陽眼鏡	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有															
抗 UV 的鏡片或隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 很少或沒有															
平日從事戶外活動的時間大約是在...	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
假日從事戶外活動的時間大約是在...	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
例:7:00~7:30 12:30~13:00 15:00~17:30	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

辛苦了，感謝您的填答！！

Lensmeter OD: OS:	Auto K/R
D.VA (s.c / c.c) 6m LCD / Projector / 燈箱 OD: @ X / OS: @ X /	
D.VA (s.c / c.c) 團篩機 / 魔視箱 OD: @ X / OS: @ X /	
BCVA 6m LCD / Projector / 燈箱 OD: @ X / OS: @ X /	
Color test	
Stero test	
CT Dist. Eso / Ortho / Exo (Phoria / Tropia) Near. Eso / Ortho / Exo (Phoria / Tropia)	
NPA/NPC Break Recover cm / cm cm	
Acc. Facility OD: cycle / min. OS: cycle / min. OU: cycle / min.	
Cornea topograph Finish / No.	
Pterygium photo Finish / No.	
A.S Finish / No.	

實習生自我評量表

※請老師進行訪視時請實習生填寫後，連同訪視紀錄表一併送回實就室。

姓名：_____ 學系：_____

學號：_____ 日期：_____

你目前的實習機構/部門：

你的實習時間：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 月 _____ 日止

問 題	及 選 項
1. 在實習過程中是否能主動發問	(1) <input type="checkbox"/> 經常 (2) <input type="checkbox"/> 偶爾 (3) <input type="checkbox"/> 極少 (4) <input type="checkbox"/> 未曾
2. 實習過程如有疑問或問題時，尋求解決問題的途徑	(1) <input type="checkbox"/> 與學校老師聯絡 (2) <input type="checkbox"/> 請教實習單位學長姊 (3) <input type="checkbox"/> 跟同學討論 (4) <input type="checkbox"/> 其他，請寫出解決問題之方式：
3. 對實習各部門工作內容	(1) <input type="checkbox"/> 很瞭解 (2) <input type="checkbox"/> 瞭解 (3) <input type="checkbox"/> 普通 (4) <input type="checkbox"/> 生疏 (5) <input type="checkbox"/> 不清楚
4. 對實習各部門工作流程	(1) <input type="checkbox"/> 很瞭解 (2) <input type="checkbox"/> 瞭解 (3) <input type="checkbox"/> 普通 (4) <input type="checkbox"/> 生疏 (5) <input type="checkbox"/> 不清楚
5. 是否有製作專案報告	(1) <input type="checkbox"/> 有(請續答下題) (2) <input type="checkbox"/> 沒有
6. 是否有其他學校的實習生	(1) <input type="checkbox"/> 有(請續答下題) (2) <input type="checkbox"/> 沒有
7. 與他校實習生相處情形	(1) <input type="checkbox"/> 融洽 (2) <input type="checkbox"/> 普通 (3) <input type="checkbox"/> 沒有交集 (4) <input type="checkbox"/> 其他
8. 實習過程中是否曾與人發生衝突	(1) <input type="checkbox"/> 經常 (2) <input type="checkbox"/> 偶爾 (3) <input type="checkbox"/> 極少 (4) <input type="checkbox"/> 未曾
9. 對實習環境的接受度	(1) <input type="checkbox"/> 完全能接受 (2) <input type="checkbox"/> 大致可接受 (3) <input type="checkbox"/> 尚可 (4) <input type="checkbox"/> 不佳 (5) <input type="checkbox"/> 很差
10. 你覺得這次實習的收穫程度	(1) <input type="checkbox"/> 有很大的收穫 (2) <input type="checkbox"/> 有一些收穫 (3) <input type="checkbox"/> 有少許收穫 (4) <input type="checkbox"/> 完全沒有收穫
11. 你未來是否有意願從事實習機構相關工作	(1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 否 (3) <input type="checkbox"/> 不確定
12. 你覺得學校教的與實習所學的是否有差異	(1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 否 (3) <input type="checkbox"/> 不確定
13. 你對實習部門安排方式	(1) <input type="checkbox"/> 很不滿意 (2) <input type="checkbox"/> 不滿意 (3) <input type="checkbox"/> 普通 (4) <input type="checkbox"/> 滿意 (5) <input type="checkbox"/> 很滿意
14. 你對實習機構的指導方式	(1) <input type="checkbox"/> 很不滿意 (2) <input type="checkbox"/> 不滿意 (3) <input type="checkbox"/> 普通 (4) <input type="checkbox"/> 滿意 (5) <input type="checkbox"/> 很滿意
15. 檢視自己實習的學習態度	(1) <input type="checkbox"/> 很不滿意 (2) <input type="checkbox"/> 不滿意 (3) <input type="checkbox"/> 普通 (4) <input type="checkbox"/> 滿意 (5) <input type="checkbox"/> 很滿意

(第一聯)

元培醫事科技大學實習學生請假單

系別	學號	實習機構				
姓名	醫院名稱		科別			
假別	<input type="checkbox"/> 事假 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 喪假 <input type="checkbox"/> 公假		請假時間			
事由			自	年	月	日
			至	年	月	日
				共	日	小時
實習機構 指導老師 (簽章)	年 月 日		實習機構 主管 (簽章)	年 月 日		

<實就室存>

申請日期： 年 月 日

(第二聯)

元培醫事科技大學實習學生請假單

系別	學號	實習機構				
姓名	醫院名稱		科別			
假別	<input type="checkbox"/> 事假 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 喪假 <input type="checkbox"/> 公假		請假時間			
事由			自	年	月	日
			至	年	月	日
				共	日	小時
實習機構 指導老師 (簽章)	年 月 日		實習機構 主管 (簽章)	年 月 日		

<實習機構存>

申請日期： 年 月 日

(第三聯)

系別	學號	實習機構				
姓名	醫院名稱		科別			
假別	<input type="checkbox"/> 事假 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 喪假 <input type="checkbox"/> 公假		請假時間			
事由			自	年	月	日
			至	年	月	日
				共	日	小時

<實習學生存>

*請假注意事項：

- 一、事假應事前完成手續；病假需附醫院證明。辦完請假手續後（陳實習指導老師及實習單位主管簽章後）請將第一聯寄回學校實習就業組，逾時請假依校規核予申誡或小過處分。
- 二、公假及兵役處理應附通知書影本。
- 三、喪假附訃聞及死亡證明影本。
- 四、學生缺實習時，應補足缺實習之時數，未補足缺實習時數者，處理情形如下：
 - (1) 病假一小時，扣操行零點一分。
 - (2) 事假一小時，扣操行零點二分。
 - (3) 遲到早退一次扣操行零點二五分。
- 五、缺實習超過該梯次實習期間三分之一者應令休學。
- 六、凡未照前項規定手續請假者，一律視為曠實習議處。
- 七、曠實習者（未請假及請假未準）每曠實習一天，扣實習成績總分三分，累計七天者，應令休學。

(第一聯)

元培醫事科技大學實習學生補實習記錄單							
系別	學號	實習機構					
姓名	醫院名稱			科別			
請假日期				補實習時間			
自 年 月 日	計 日	<input type="checkbox"/> 遲到 <input type="checkbox"/> 事假 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 曠實習		自 年 月 日	計 日		
至 年 月 日				至 年 月 日			
實習機構 指導老師 (簽章)	年 月 日			實習機構 主管 (簽章)	年 月 日		

<實就室存>

(第二聯)

元培醫事科技大學實習學生補實習記錄單							
系別	學號	實習機構					
姓名	醫院名稱			科別			
請假日期				補實習時間			
自 年 月 日	計 日	<input type="checkbox"/> 遲到 <input type="checkbox"/> 事假 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 曠實習		自 年 月 日	計 日		
至 年 月 日				至 年 月 日			
實習機構 指導老師 (簽章)	年 月 日			實習機構 主管 (簽章)	年 月 日		

<實習機構存>

(第三聯)

元培醫事科技大學實習學生補實習記錄單							
系別	學號	實習機構					
姓名	醫院名稱			科別			
請假日期				補實習時間			
自 年 月 日	計 日	<input type="checkbox"/> 遲到 <input type="checkbox"/> 事假 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 曠實習		自 年 月 日	計 日		
至 年 月 日				至 年 月 日			
實習機構 指導老師 (簽章)	年 月 日			實習機構 主管 (簽章)	年 月 日		

*補實習注意事項：補完實習應填寫補實習記錄單，陳實習指導老師及實習機構主管簽章後，請將第一聯寄回學校實習就業室（銷假存查）。

<實習學生存>