



## 视力筛查

儿童姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 筛查日期: \_\_\_\_\_

家长姓名: \_\_\_\_\_

填表人姓名: \_\_\_\_\_

如果不是父/母或监护人, 与孩子的关系: \_\_\_\_\_

**请回答以下这些问题, 必要时请添加解释说明。**

您的孩子是否曾接受过眼科医生的检查?  是  否

医生姓名: \_\_\_\_\_ 检查时间: \_\_\_\_\_

报告的结果: \_\_\_\_\_

您的孩子是否:

1. 有一只或两只眼睛转动的情况?  是  否 \_\_\_\_\_

向内转动  向外转动  在不同的时间内转动

2. 持续性地戳、揉或捂他/她的眼睛?  是  否 \_\_\_\_\_

3. 有不寻常的、持续的眼睛流泪?  是  否 \_\_\_\_\_

4. 眼睛有轻微的“颤动”或抽搐的动作?  是  否 \_\_\_\_\_

5. 很少或根本没有眼神交流?  是  否 \_\_\_\_\_

6. 将他/她的头保持倾斜或保持其他不寻常的角度?  是  否 \_\_\_\_\_

7. 为了能够看得清楚而离玩具或书本很近?  是  否 \_\_\_\_\_

8. 在圆圈时间和/或故事时间期间, 表现得焦躁不安或不感兴趣?  是  否 \_\_\_\_\_

9. 逃避去看距离他/她的面部 24 英寸 (61 厘米) 以内的物体或面部表情?  是  否 \_\_\_\_\_

当直视前方时, 您的孩子是否会看不见特定视野中的物体或人?

这种情况发生在孩子右侧的视野中?  是  否 \_\_\_\_\_

这种情况发生在孩子左侧的视野中?  是  否 \_\_\_\_\_

这种情况发生在孩子视线下方的视野中?  是  否 \_\_\_\_\_

这种情况发生在孩子视线上方的视野中?  是  否 \_\_\_\_\_

您的孩子是否会撞到物体？  是  否 \_\_\_\_\_

一侧比另一侧更加频繁？

左侧  是  否 \_\_\_\_\_

右侧  是  否 \_\_\_\_\_

您的孩子是否经常摔倒？  是  否

您的孩子是否似乎在使用他/她的侧向视力看东西，而不是直视看东西？

是  否 \_\_\_\_\_

您的孩子在平衡和运动方面是否有困难？

是  否 \_\_\_\_\_

您的孩子在拿东西的时候，是否经常碰翻或洒出东西（比如玻璃杯）？

是  否 \_\_\_\_\_

您的孩子是否经常在够东西的时候将手伸过头或伸得不够远？

是  否 \_\_\_\_\_

当您在孩子面前移动某个物体时，他/她是否会在整个移动过程中全程看着这个物体（从一边到另一边）？

是  否 \_\_\_\_\_

您是否曾经想过您的孩子是否有视力问题？  是  否

孩子的父母或兄弟姐妹是否有视力问题？  是  否

请提供补充意见：

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
筛查人员的正楷书写姓名

\_\_\_\_\_  
筛查人员的签名

如果有任何问题的回答为“是”，则在征得家长同意后，应将结果转发给孩子的初级保健医生，并附上附函。