**新北市政府身心障礙學生教育輔助器材－**

**功能性視覺評估紀錄表(B1)**

**‧施測填表者： ‧施測日期： 年 月 日**

1. **個案資料**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **學生姓名** |  | **學校** |  | | **年級** |  |
| **出生日期** | 年 月 日 | | **性別** |  | | |
| **鑑輔會**  **鑑定紀錄** | □轉介個案  □尚未鑑定  □特教類別： [多障/腦麻/學障/其他加註類別]： | | | | | |
| **身心障礙**  **證明或手冊** | □身心障礙證明 □身心障礙手冊  障礙類別：  ICD診斷： 病因：  等級：□輕 □中 □重 □極重 | | | | | |
| **醫療診斷** | 醫院名稱： 開立醫師：  開立日期： 年 月 日  病因：  最佳矯正視力值：左 右 視野：  過去3年內視力是否明顯變化：□否 □是  說明： | | | | | |
| **視覺表現或其他視覺反應**  **(可複選)** | □視野缺損 □眼球震顫 □內斜視 □外斜視  □眼瞼下垂 □眼瞼外翻 □其他： | | | | | |
| **視光資料**  **(配鏡情形)** | □有(以下續填) □無  □近視 度數左： 右：  □遠視 度數左： 右：  □散光  □稜鏡矯正斜視 | | | | | |
| **其他障礙或病史說明** | 障礙名稱：  疾病名稱：  是否因病服藥：□否  □是，服用藥名： | | | | | |

**二、視覺評估操作項目及內容**

| **項 目** | | | **觀 察 紀 錄** | | | | **建議事項** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **眨眼反應** | | |  | | | |  |
| **視**  **覺**  **敏**  **銳**  **度**  **:**  **近**  **距**  **離** | **Lea近距離40cm** | | **□左眼:**  **□右眼:**  **□雙眼:** | | | |  |
| **【25~45 cm】**  □**閱讀**  □**靜態物體**  (距離、大小)  □**圖形比對**  □**指數、手動覺**  □**其他:** | |  | | | |
| **視**  **覺**  **敏**  **銳**  **度**  **：**  **中**  **距**  **離** | **中距離1m** | | **□左眼:**  **□右眼:**  **□雙眼:** | | | |  |
| **【主要學習教室第一排】**  □**閱讀**  □**靜態物體**  (距離、大小)  □**圖形比對**  □**其他:** | |  | | | |
| **視**  **覺**  **敏**  **銳**  **度**  **：**  **遠**  **距**  **離** | **Lea遠距離3m** | | **□左眼:**  **□右眼:**  **□雙眼:** | | | |  |
| **【3m以上】**  □**閱讀**  □**靜態物體**  (距離、大小)  □**圖形比對**  □**其他:** | |  | | | |
| **視**  **野** | **雙眼中心20度視野阿姆斯勒網格(Amseler)**  （距離30公分）  **□白底黑線**  **□黑底白線**  **□黑底紅線** | | **左眼**　　　　　　　 　 □正常  □無法注視中心黑點  □無法看四個角落端點 　 □看線條扭曲歪斜  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **右眼**  □正常  □無法注視中心黑點  □無法看四個角落端點  □看線條扭曲歪斜  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **雙眼**  □正常  □無法注視中心黑點  □無法看四個角落端點  □看線條扭曲歪斜  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **視野儀** | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **左眼** | **右眼** | **雙眼** | | **上** |  |  |  | | **下** |  |  |  | | **左** |  |  |  | | **右** |  |  |  | | **左上** |  |  |  | | **左下** |  |  |  | | **右上** |  |  |  | | **右下** |  |  |  | | | | |
| **色**  **覺** | **色盲檢查圖** | | □圖1-8，可正確通過  □部分正確通過：(圖號)  □色盲：(全色盲、紅色盲、藍/紫色盲、綠色盲)  □色弱：(紅色盲、藍/紫色盲、綠色盲) | | | |  |
| **替代測驗** | |  | | | |
| **眼**  **球**  **運**  **動** | **穩**  **定**  **凝**  **視** | **輻輳** | 固定  視覺 |  | | |  |
| 內聚  **(30→5cm)** |  | | |
| 外散  **(5→30cm)** | |  | |
| **變**  **動**  **凝**  **視** | **追**  **跡**  **能**  **力** | **左眼** | | | |
| **右眼** | | | |
| **雙眼** | | | |
| **掃描能力** |  | | | |
| **搜尋能力** |  | | | |
| **複雜背景的辨識能力** | **彩色** | |  | | | |  |
| **線條** | |  | | | |
| **灰階** | |  | | | |
| **遠近調適力**  **□抄寫**  **□指認**  **□其他:** | | |  | | | |  |
| **手眼協調** | **靜態** | |  | | | |  |
| **動態** | |  | | | |
| **腳眼協調** | **靜態** | |  | | | |  |
| **動態** | |  | | | |
| **瞳孔反應**  **□亮室**  **□暗室**  **□其他環境:** | | | 使用的光源:  □左眼瞳孔縮放， mm至 mm  □右眼瞳孔縮放， mm至 mm  □其他: | | | |  |
| **光敏感** | | | □黑板:  □白板:  □投影布幕:  □教材:  □桌面:  □其他: | | | |  |
| **綜合說明：**   1. **閱讀資料**（適合閱讀之字體大小等） 2. **書寫工具** 3. **輔具建議**（有提出輔具建議並借用輔具之學生，後續需進行輔具使用評估與訓練） 4. **物理環境** 5. **座位安排** 6. **動態活動** 7. **專業團隊協助** 8. **其他** | | | | | | | |