

附件2

高一新生视力检测表

姓名		身份证号		民族	
性别		出生日期	年 月 日	居住地	省 市 县
家长1电话				家长2电话	
以上由学生填写					
视力 检 查 结 论	沙眼	☐ 是 ☐ 否		结膜炎	☐ 是 ☐ 否
	右眼裸眼视力			左眼裸眼视力	
	右眼屈光球镜S			左眼屈光球镜S	
	右眼屈光柱镜C			左眼屈光柱镜C	
	右眼屈光轴位A			左眼屈光轴位A	
	是否为角膜塑形镜(OK镜)佩戴者			是 ☐ 否 ☐	
	戴镜类型				
体检机构		体检医生		体检日期	