

# 嘉義縣內甕國小教職員工生視力保健諮詢紀錄表

諮詢日期： 年 月 日 :

編號：  

一、基本資料	姓名： _____  生日： 年 月 日	身分別： <input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 工友 <input type="checkbox"/> 學生(____年甲班) <input type="checkbox"/> 其他 _____
二、家族病史		
三、過去病史		
四、諮詢內容	<input type="checkbox"/> 症狀主訴： <input type="checkbox"/> 發紅 <input type="checkbox"/> 搔癢 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 灼熱感 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 異物感 <input type="checkbox"/> 黑點、閃光及飛蚊 <input type="checkbox"/> 疊影 <input type="checkbox"/> 其他主訴： _____  <input type="checkbox"/> 用藥諮詢： <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 副作用說明 <input type="checkbox"/> 其他： _____  <input type="checkbox"/> 健康諮詢： _____	
五、護理師進行之處置與建議	處置： <input type="checkbox"/> 予以生理食鹽水沖洗眼睛 <input type="checkbox"/> 給予冰敷並休息觀察 <input type="checkbox"/> 紗布覆蓋、強制閉眼休息  建議： <input type="checkbox"/> 勿再用手搓揉眼睛 <input type="checkbox"/> 熱敷及穴道按摩 <input type="checkbox"/> 改變用眼習慣 <input type="checkbox"/> 可再持續觀察 <input type="checkbox"/> 應盡速就醫診治 <input type="checkbox"/> 定期回診檢查	
六、備註說明		
提供諮詢服務之護理師簽名： _____		

※右上方編號欄位由健康中心護理師填寫，並由健康中心存檔備查。