

信函：B

[School Letterhead]

家长转诊介绍信样例

学校视力筛查转诊

日期：_____ 致：家长/监护人，孩子姓名_____

下面列出的视力筛查结果给出了您孩子的结果：

您的孩子在学校接受了视力筛查。根据州法律的规定，定期在学校进行视力筛查。

学校视力筛查旨在确定您的孩子是否有可能干扰学习的视力问题。

筛选测试	右眼		左眼		视力
辨距视敏度	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 未通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 未通过	分辨远处物体的能力
SureSight 视力筛查仪	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 未通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 未通过	分辨远处物体的能力
Retinomoax 自动验光仪	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 未通过	<input type="checkbox"/> 通过	<input type="checkbox"/> 未通过	分辨远处物体的能力
双眼视觉	双眼 <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 未通过				您孩子的 双眼协调性如何
近距视敏度 *可选测试	双眼 <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 未通过				分辨近距离物体的能力
<input type="checkbox"/> 无法筛查：备注					

结果

您的孩子**已通过**视力筛查，目前无需进行任何额外干预。（请记住，视力筛查不会发现所有视力问题或疾病。筛查不能替代由验光师或眼科医生进行的全面眼科检查。如果您还有问题或疑问，请征求眼睛保健专业人士的建议。）

您的孩子**未通过**视力筛查。（请参阅下文，了解为了帮助您孩子所需遵循的步骤）。

如果未达到颜色视觉标准，将附上一封颜色视觉函。

转诊表格

请随身携带此转诊表和眼科专家报告。

重要的是，眼科医生或验光师应完成眼科专家报告并将其交还至学校。

然后在学校将遵循该建议，以帮助您的孩子学习。

找一位您附近的眼科医生：

如果您需要协助寻找眼科专家，为检查和/或眼镜（如果开有该处方）付费，或者对您孩子的视力筛查结果有疑问，请与我联系。如果您的孩子已接受由专业人士提供的眼睛护理，请将由验光师或眼科医生完成的眼科专家报告（表I）交还至学校。

筛查（联系人）

电话/传真/电子邮箱