

**Nha Học Chánh Philadelphia**  
**CƠ QUAN Y TẾ HỌC ĐƯỜNG**  
**GIẤY GIỚI THIỆU KHÁM MẮT**  
**VISION SCREENING REFERRAL**

Tên/Name \_\_\_\_\_ Tuổi /Age \_\_\_\_\_ Giới Tính/Sex \_\_\_\_\_

Địa Chỉ /Address \_\_\_\_\_

Trường /School \_\_\_\_\_ Phòng / Cấp Lớp /Room/Grade \_\_\_\_\_

Kính gửi Phụ Huynh/ Giám Hộ:

Theo Chương Trình Y Tế Học Đường, chúng tôi vừa hoàn tất việc khám mắt tổng quát. Kết quả việc khám thị lực của con em quý vị cho biết em cần phải gặp bác sĩ nhãn khoa để được khám nghiệm. \*Chú thích: Khả năng thị lực về màu sắc không đòi hỏi phải khám nghiệm mắt. Mặc dù không được đi điều chỉnh sự yếu kém về màu sắc, nhưng nếu quý vị có lo âu xin vui lòng trao đổi với bác sĩ nhãn khoa của em. Kết quả việc khám mắt tại trường được ghi nhận như sau:

**KHÁM MẮT TỔNG QUÁT**  
**SCHOOL VISION SCREENING TEST**

Ngày /Date \_\_\_\_\_

**KẾT QUẢ /FINDINGS:**

1 Nhạy Bén Thị lực /Visual Acuity:	VIỄN /FAR				CẬN /NEAR			
	Phải /R		Trái /L		Phải /R		Trái /L	
Có mang kính /With glasses	—	—	<input type="checkbox"/> Tốt Passed	<input type="checkbox"/> Kém Failed	—	—	<input type="checkbox"/> Tốt Passed	<input type="checkbox"/> Kém Failed
Không mang kính /Without glasses	—	—	<input type="checkbox"/> Tốt Passed	<input type="checkbox"/> Kém Failed	—	—	<input type="checkbox"/> Tốt Passed	<input type="checkbox"/> Kém Failed

2. Tròng kính lồi (Viễn Thị) /Convex lens    Tốt/Passed    Kém/Failed     Không khám /Not tested
3. Thị lực về màu sắc: /Color Vision    Tốt/Passed    Kém/Failed     Không khám /Not tested  
 \* (Không đòi hỏi phải khám mắt /Eye exam not required)
4. Thị giác lập thể:/Stereo/Depth Perception    Tốt/Passed    Kém/Failed     Không khám /Not tested

Chú Thích /Comments:

Vì việc rối loạn về thị lực sẽ ảnh hưởng đến học tập của con em quý vị nên các em cần phải được đưa đến bác sĩ nhãn khoa khám nghiệm, xin điền vào trang kế bên và gửi trả lại trường.

Xin cảm ơn sự hợp tác của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc hay cần giúp đỡ xin liên lạc với tôi.

Y tá Học Đường/ Y Tá Hành Nghề /School Nurse/Nurse Practitioner: \_\_\_\_\_

Điện thoại: /Telephone Number: \_\_\_\_\_ Số Fax /Fax Number \_\_\_\_\_

# Kết Quả Của Bác Sĩ Chuyên Khoa Mắt

## EYE CARE SPECIALIST REPORT

Tên Học Sinh /Student's Name \_\_\_\_\_ Ngày /Date \_\_\_\_\_

Nhạy bén của Thị Lực Visual Acuity	VIỄN/FAR		CẬN /NEAR	
	Phải	Trái	Phải	Trái
Không Hiệu Chính Without correction:	—	—	—	—
Có Hiệu Chính: With correction	—	—	—	—

Chẩn đoán hoặc giải thích về tình trạng của mắt: /Diagnosis or explanation of eye condition:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kế Hoạch Điều Trị: /Plan of Treatment

Cho mang kính /Glasses Prescribed	<input type="checkbox"/> Có /Yes	<input type="checkbox"/> Không /No
Mang thường xuyên /Constant Wear	<input type="checkbox"/> Có /Yes	<input type="checkbox"/> Không /No
Chỉ gần nơi làm việc /Near Work Only	<input type="checkbox"/> Có /Yes	<input type="checkbox"/> Không /No
Chỉ xa nơi làm việc /Distance Work Only	<input type="checkbox"/> Có /Yes	<input type="checkbox"/> Không /No
Mang trong kính /Contact(s) Prescribed	<input type="checkbox"/> Có /Yes	<input type="checkbox"/> Không /No

Đề nghị với trường: /Recommendation for school:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tái khám /Return visit: \_\_\_\_\_

In tên của bác sĩ nhãn khoa

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME OF EYE CARE SPECIALIST

Chữ ký \_\_\_\_\_  
SIGNATURE

Điện Thoại \_\_\_\_\_  
TELEPHONE

Xin Trả Đơn Này Về Trường- Chuyển cho Y tá của trường  
PLEASE RETURN THIS FORM TO SCHOOL-ATTEN: SCHOOL NURSE

TÊN TRƯỜNG /SCHOOL NAME: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ /ADDRESS: \_\_\_\_\_

MÃ SỐ BƯU ĐIỆN /ZIP CODE: \_\_\_\_\_

FAX #/OR FAX TO: \_\_\_\_\_

Muốn đọc những tài liệu và thông tin khác bằng tiếng Việt, xin coi trang web: [www.philasd.org/language/vietnamese](http://www.philasd.org/language/vietnamese)