台北市私立育達高中　　學年度第　學期學生視力及身高體重紀錄表　　年　　班

年　月　日　　男生:　　人　　女生:　　人　全班人數:　　人

座號	姓名	性別	身高	體重	裸視		矯正		座號	姓名	性別	身高	體重	裸視		矯正	
					右	左	右	左						右	左	右	左

繳交時間：　月　日前
繳交地點：健康中心
聯絡人：鄭國英小姐

※1.戴隱形眼鏡所測量的結果為矯正視力；裸視視力仍需測量填寫
2.視力 0.1-0.8 之學生請通知其至眼科醫院矯治，並注意視力之保健