

BRIVS 视觉健康评估表

B. 获得性脑损伤视觉功能筛查评估

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 检查日期：_____ 档案号：_____

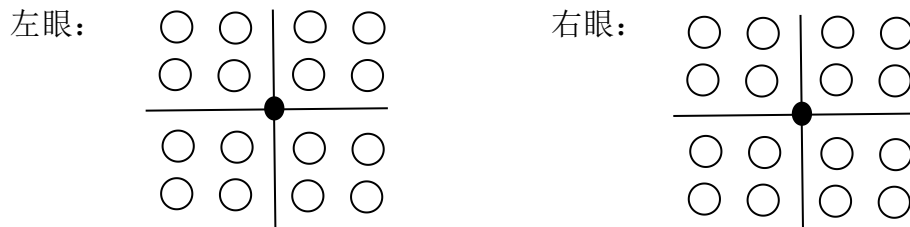
1、视力检查：

	远视力			阅读视力		
	右眼	左眼	双眼	右眼	左眼	双眼
裸眼						
戴镜						

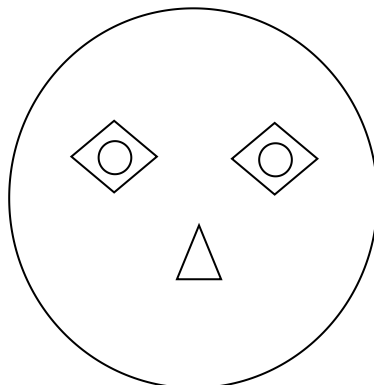
2、Worth 四点灯检查：

- 可见 4 盏灯，2 红 2 绿。 ----- 1
- 可见 4 盏灯，1 红 3 绿。 ----- 2
- 可见 4 盏灯，1 红 2 绿，1 色不确定。 ----- 3
- 可见 2 盏红灯，没有绿灯。 ----- 4
- 可见 3 盏绿灯，没有红灯。 ----- 5
- 可见 5 盏灯，其中有 2 盏是红灯，3 盏是绿灯。 ----- 6

3、简易视野检查：□面对面法 □电脑屏幕法 [“可见”标记为“+”；“不可见”标记为“-”]



4、主觉中线定位检查：



BRIVS 视觉健康评估表

B. 获得性脑损伤视觉功能筛查评估

姓名： 性别： 年龄： 检查日期： 档案号：

5、立体视测试：（铅笔定位试验）

有立体视 ----- 1
无立体视 ----- 2

6、视觉忽视检查：（附 Albert 测试记录）

有忽视现象 ----- 1
未发现忽视现象 ----- 2

其他检查：

处理意见：

签字：

日期：