

正 本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府 函

708201

臺南市安平區永華路2段6號

地址：70151臺南市東區林森路一段418號

承辦人：王厚淇

電話：(06)2679751#116

傳真：(06)2603189

電子信箱：a00167@tncghb.gov.tw

受文者：臺南市政府研究發展考核委員會

發文日期：中華民國110年5月7日

發文字號：府衛醫字第1100549526B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：府衛醫字第1100549526A號公告

主旨：「臺南市驗光所收費標準表」業經本府110年5月7日以府衛醫字第1100549526A號公告發布，請協助刊登市府公報，請查照。

說明：依據驗光人員法第21條第1項、本府衛生局110年5月5日南市衛醫字第1100071167號函辦理。

正本：臺南市政府研究發展考核委員會

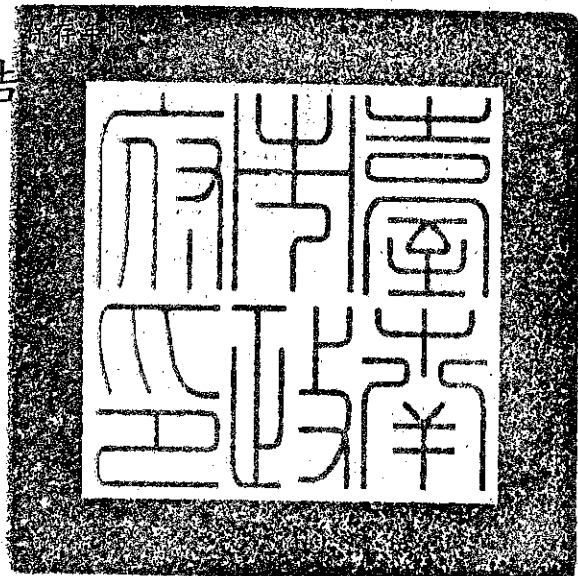
副本：本府衛生局醫事科

市長黃偉哲

本案依分層負責規定授權處(局)主管決行

臺南市政府 公告

發文日期：中華民國110年5月7日
發文字號：府衛醫字第1100549526A號
附件：臺南市驗光所收費標準表



主旨：公告訂定「臺南市驗光所收費標準表」，並自110年5月5日起生效。

依據：驗光人員法第21條第1項、本府衛生局110年5月5日南市衛醫字第1100071167號函。

公告事項：

- 一、「臺南市驗光所收費標準表」如附件。
- 二、本市驗光所應依本收費標準表收取費用，不得違反收費標準、超額或擅立項目收費；違反者，依驗光人員法第46條規定處辦。

市長黃偉哲

本案依分層負責規定授權處(局)主管決行

臺南市驗光所收費標準表

110年5月5日南市衛醫字第1100071167號函核定

項次	自費項目名稱	收費金額	備註說明
		(元)/(單位)	
1	視力檢查_裸眼 Visual Acuity Unaided (VAsc)	80元/次	基本視覺功能檢查項目，評估個案眼睛分辨物體細節的敏銳程度。使用「燈箱、投影機、液晶螢幕」等視力表設備，測量患者未配戴視覺輔具時的遠方/近方視力值。
2	視力檢查_慣用輔具 Visual Acuity With Correction (VAcc)	100元/次	使用視力表設備，測量受檢者配戴慣用視覺輔具時的遠方/近方視力值。含使用針孔板pinhole occluder鑑別患者的視力低於正常值是否由屈光未矯正所引起，確定轉介需求。
3	慣用眼鏡度數測量 Lensometry: Habitual Spectacles Prescription	50元/次	使用驗度儀Lensmeter光學系統，量測受檢者慣用視覺矯正輔具，鏡片的球面、柱面、稜鏡與近方加入度等處方數據，為解決患者主訴困擾，或後續驗光檢查調整新處方的依據。
4	電腦自動屈光量測 Objective Refraction With Autorefractor	150元/次	常用的客觀—他覺式屈光檢查法〈Objective Refraction〉，使用具霧視功能、放鬆調節的電腦驗光儀，測量兩眼屈光概值之檢查費。評估裸眼或配戴隱形眼鏡後的屈光不正。
5	網膜鏡（檢影法）檢查 Static/Dynamic Retinoscopy	180—300元/次	進階的客觀—他覺式屈光檢查法，分為兩項。 (1)靜態檢影法Static：測量患者遠點的屈光狀態，180元/次；(2)動態檢影法Dynamic：判斷近點屈光狀態與調節反應，300元/次。 檢查屈光介質清澈與否，確定轉介需求。
6	角膜曲率測定 Keratometry	50元/次	以角膜曲率計Keratometer或電腦驗光儀(with K-reading)，測量角膜的強/弱主經線弧度，確定患者角膜屈光度、散光度數與軸度，是為裝配隱形眼鏡與屈光矯正的重要依據。
7	色覺異常檢查 Color Vision Deficiency Test	100—320元/次	使用紙本或數位「色覺異常檢查板」(PIP)，篩檢患者遺傳或後天的色覺缺陷，鑑別障礙程度，確定輔具需求。檢測項目分為三種。 (1)Ishihara Test：100元/次；(2)Panel D-15 Test：200元/次；(3)100 Hue Test：320元/次。
8	立體視覺檢查 Stereoscopic Vision Test	100元/次	使用紙本或數位「互補色Anaglyph、偏極光Vectograph或Lenticular立體圖」，篩檢患者雙眼視覺發展障礙(斜弱視、屈光參差、疑似眼疾等)，確定轉介需求，與輔具矯正成果依據。
9	眼球運動功能檢查 Extra-Ocular Motility (EOM) Assessment	240元/次	測試個案眼外肌之運動控制與雙眼合作對準的動態視覺狀態。執行Cover Test/Hirschberg Test，鑑別眼位偏斜屬性與稜鏡矯正量；操作H Motility Test檢測九個注視位置的協同運動功能。依結果裝配處置光學矯正鏡片。
10	基礎驗光檢查（視力篩檢、轉介報告） Primary Vision Screening	250元/次	執行視力檢查，出具轉介報告費用。 檢查項目包含：視力檢查（含裸眼與矯正後之遠方近方VA）、慣用眼鏡度數測量、電腦自動屈光量測（或網膜鏡檢查）之兩眼概值。
11	驗光配鏡報告單（一般性近視、遠視、散光） Refractive Examination Report	260元/次	適用於一般性屈光不正的個案。費用包含：度數量測、依結果模擬試戴與調整。報告單載明測量結果、矯正鏡片種類等配鏡參數。

項次	自費項目名稱	收費金額	備註說明
		(元)/(單位)	
12	驗光配鏡報告單(多焦、稜鏡、複雜散光、濾光片) Optometric Examination Report	520元/次	適用於雙眼視覺異常、調節功能障礙、複合型Compound或混合型Mixed散光，與色覺缺陷個案。費用包含：驗光檢查、多焦點或稜鏡試片模擬試戴與調整。報告單載明測量結果、矯正方案等光學輔具的驗配參數。
13	軟式隱形眼鏡驗配單 Fitting Report of Soft Contact Lens (SCL)	400元/次	軟式隱形眼鏡的驗配與評估。 費用包含：驗光檢查、裂隙燈顯微鏡檢查、試片裝配、評估調整、配戴指導及使用衛教。報告單載明測量結果、擇定SCL裝配參數。
14	硬式/多焦隱形眼鏡驗配單 Fitting Report of Rigid Gas Permeable (RGP) and Multi-Focal Contact Lens	550元/次	硬式與多焦點隱形眼鏡的驗配與評估。 費用包含：驗光檢查、裂隙燈顯微鏡檢查、試片裝配、評估調整、配戴指導及使用衛教。報告單載明測量結果、擇定之硬式隱形眼鏡RGP或多焦點隱形眼鏡MFSCS的裝配參數。
15	對比敏感度檢查 Contrast Sensitivity Test	250元/次	與測量分辨細節的視敏度VA不同，對比敏感度檢查，可衡量個案辨別物體與背景間明暗差異的敏感程度，是轉介疑似眼疾與病情追蹤的重要指標。使用CS Chart擇定輔具需求。
16	角膜地圖儀檢查 Corneal Topography	410元/次	相較於Keratometry僅能測量角膜局部範圍的局限性，Topography可精確分析全角膜前表面形態，測量任意點的曲率與屈光度，是驗配隱形眼鏡與早期篩檢圓錐角膜的檢查項目。
17	前導波像差分析儀高階驗光 Wavefront Aberrometry Refraction	800元/次	適用視覺品質不佳的個案。使用前導波高階像差儀，對各項影響眼睛屈光度的因素，包括眼角膜、水晶體、玻璃體、視網膜等，做整體的分析測量。改善造成不完美光學系統的高階像差，提升鏡片輔具的矯正品質。

備註：

1. 依據驗光人員法第21條第1項規定辦理。
2. 本表僅適用於臺南市驗光所。
3. 本表未列出之收費項目或驗光所收費標準高於本表規定者，應依驗光人員法規定，經臺南市政府衛生局核定後，始得收取。
4. 驗光所之驗光人員執行上開收費項目，應遵循驗光人員法第12條規定之業務範圍。