



**Prevent  
Blindness**  
North Carolina®

# Vision Screening Recording Form

Screening Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ School Phone #: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ Screener: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ # Students: \_\_\_\_\_ Re-Screener: \_\_\_\_\_

Prevent Blindness North Carolina  
4011 WestChase Blvd, Ste 225  
Raleigh, NC 27607

<i>Note: Area below to be completed before screening begins.</i>			ABC's OBSERVATION			INITIAL DISTANCE		RECHECK	INITIAL NEAR		RECHECK	COLOR		RESCREEN DISTANCE		RESCREEN NEAR		REFER
Student's Name	Sex	Age	Pass	Fail	Remarks/Symptoms	R	L		R	L		Pass	Fail	R	L	R	L	
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			
						20/	20/	20/	20/			20/	20/	20/	20/			