

臺中市立四張犁國中

「寒暑假學生眼科（視力）檢查通知單」

● 視力保健建議及注意事項：

1. 近視是疾病，學童每年度數易增加100度；500度以上即為高度近視，併發症引起失明風險高。
2. 高度近視已是國人失明原因第一位，家長應協助學生檢查（就醫）控制近視度數，預防未來失明風險。
3. 接到本通知單時，請家長陪同學生至眼科醫師處接受檢查，遵照醫師指示配合矯治，並定期追蹤治療。
4. 戶外活動每天至少2小時可預防近視，近距離（35-40公分）用眼時間每30分鐘休息10分鐘，3C電子產品每天使用總時數不超過1小時。
5. 依據衛福部健保署105年12月7日健保醫字第1050014351號函，學童因視力疾病就醫，健保特約醫療機構依健保相關規定提供醫療服務。

四張犁國中健康中心 啟

視力健康檢查與矯治回條

_____年_____班 座號_____ 姓名_____，醫師檢查結果：

目前有使用輔具：☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 戴鏡視力：右眼() 左眼()
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸眼視力 右：() 左：()

若有異常，請打勾(可複選)

1. ☐弱視 (☐右眼 ☐左眼)

2. ☐屈光不正

散瞳 ☐是 ☐否

度數：(請儘量填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)

(1) ☐近視：右眼()度 左眼()度

(2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度

(3) ☐散光(負值)：右眼()度 左眼()度

【請注意！上列度數為檢查結果，非配鏡處方！】

3. 其他異常(請註明)_____

4. 眼軸長：右眼()mm 左眼()mm

醫師建議處理：

1. ☐長效散瞳劑(阿托平 Atropine)

2. ☐短效散瞳劑

3. ☐其他藥物_____

4. ☐配鏡矯正

5. ☐更換鏡片

6. ☐遮眼治療

7. ☐配戴隱形眼鏡(☐軟式☐硬式)

8. ☐角膜塑型片

9. ☐視力保健衛教

10. ☐其他_____

11. ☐定期檢查(醫師建議下次回診
日期： 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

眼科醫師簽章：

檢查日期： 年 月 日

家長聯絡事項：

家長簽章