

臺中市西區中正國小學童視力健康檢查結果複檢通知單

依教育部訂健康指標：視力篩檢裸眼視力任一眼低於0.9 者為視力不良，應通知家長帶往眼科複查

親愛的家長：貴子女_____年_____班_____號 姓名_____

本學期學校健康檢查結果為：裸視右_____左_____ 戴眼鏡右_____左_____

(裸視視力為眼睛未使用任何輔助工具，包括眼鏡、隱形眼鏡、角膜塑型等)

視力保健建議及注意事項：

- 一、近視是疾病，一旦近視就終生近視，若未妥善治療控制平均每年會增加75-100 度。
- 二、近視如未加以控制，容易高度近視（度數>500 度），而高度近視易產生早年性白內障、青光眼、視網膜剝離及黃斑病變，甚至有10%會導致失明。
- 三、當接到本通知單時，需至眼科醫師處接受複檢，遵照醫師指示配合矯治，並定期追蹤治療。
- 四、戶外活動每天至少2 小時可預防近視，近距離用眼時間每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。
- 五、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。

市立西區中正國小 健康中心敬啟 年 月 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女_____年_____班_____號 姓名_____

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)：裸視視力 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：請務必填寫下列屈光值，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 3、 其他異常(請註明) _____	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、 ☐配鏡矯治 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：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆