

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：

上學期學校視力檢查結果為:視力不良

建議定期就醫檢查治療，進行視力保健，避免度數增加。

(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。

新北市新泰國小 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，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：

請於 年 月 日前繳交回條