

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：

(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。

新北市集美國小•健康中心敬啟

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：

<p>若有異常，請打勾 (可複選)</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 弱視 (<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度数)</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 近視：右眼 () 度 左眼 () 度</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 遠視：右眼 () 度 左眼 () 度</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 散光(負值)：右眼 () 度 左眼 () 度</p> <p>3、其他異常 (請註明) _____</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 其他藥物</p> <p>4、<input type="checkbox"/> 配鏡矯治</p> <p>5、<input type="checkbox"/> 更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/> 遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/> 配戴隱形眼鏡 (<input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/> 角膜塑型片</p> <p>9、<input type="checkbox"/> 視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/> 其他</p> <p>11、<input type="checkbox"/> 定期檢查 (醫師建議下次回診日期：__年 __月 __日)</p>
---	---

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：

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