

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 口眼鏡 口隱形眼鏡 口角膜塑型→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、口弱視(口右眼口左眼)</p> <p>2、口屈光不正</p> <p>散瞳：口是口否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)</p> <p>(1)口近視：右眼()度 左眼()度</p> <p>(2)口遠視：右眼()度 左眼()度</p> <p>(3)口散光(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> <ol style="list-style-type: none">1、口長效散瞳劑(阿托平 Atropine)2、口短效散瞳劑3、口其他藥物4、口配鏡矯治5、口更換鏡片6、口遮眼治療7、口配戴隱形眼鏡(口軟式口硬式)8、口角膜塑型片9、口視力保健衛教10、口其他 <p>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