

## 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:視力不良

(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。

新北市立中山國民中學 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:\_\_\_\_

<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數)</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 年 月 日

家長聯絡事項：

家長簽章：

請於 年 月 日前繳交回條