

學童視力健康檢查結果複檢通知單

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

親愛的家長：

貴子女於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。

私立光仁小學 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()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸眼視力 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，若角膜塑型請填寫原始度數)

[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

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：_____

★備註：已定期 就醫診察者

近2個月內曾至眼科醫療單位就醫診察，請家長自行填寫上述資料。謝謝您！