

新北市後埔國小學童視力健康檢查結果複檢通知單 (114學年度寒假專用)

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：

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)

高度近視
宣導影片
請掃描觀看

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。

新北市板橋區後埔國小 健康中心敬啟



視力健康檢查複檢與矯治回條—請於115 年 2 月 26 日前繳交給導師，感謝配合。

貴子女 新的班級：_____ 年 _____ 班 _____ 號 姓名：_____

醫師檢查結果如下：

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) 散視(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：

※看診時，請交給醫師並請醫師填寫度數 (忘了帶此單，沒關係也可以請診所開立度數證明喔！)。

※視力不良學童：每半年需至眼科醫師處接受複檢，遵照醫師指示配合矯治；看診後繳回。