

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 三年3班5號李

本學期學校健康檢查結果為：視力不良

裸視右:0.8 裸視左:1.0

(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。

縣立同安國小健康中心敬啟 2022年8月30日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 三年3班5號李，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：0.5 左：1.0

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(75)度 左眼()度

(2) 遠視：右眼()度 左眼(50)度

(3) 散光(負值)：右眼(50)度

左眼(50)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：111年12月24日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：眼科醫師簽章

家長聯絡事項：醫師林靖

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆



檢查日期 111年9月16日

家長簽章：黃冠青

請於111/09/30前繳交回條。

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 四年6班17號楊

本學期學校健康檢查結果為：視力不良

裸視右:0.1 裸視左:0.3 戴鏡右:0.9 戴鏡左:1.0

(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。

縣立同安國小健康中心敬啟 2022年9月13日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 四年6班17號楊 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 (0.9)、左眼 (0.9)
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.1 左：0.05

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(700)度 左眼(675)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼(250)度
左眼(262)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：11 年 10 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 11.9.24 年 月 日

家長簽章：

楊明宗

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

請於11/10/13前繳交回條。