

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12號吳

本學期學校健康檢查結果為：視力不良

裸視右:0.3 裸視左:0.4 戴鏡右:1.0 戴鏡左:0.9

(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12月28日

第3次通知

親愛的家長 您好：

貴子女在校視力檢查結果為「視力不良」，請您撥冗帶您的子女至眼科做進一步檢查(請勿至眼鏡行)，並將回條繳交給導師。

同安國小健康中心 感謝您的配合

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女三年3班12號吳醫師檢查結果：

目前有使用輔具 眼鏡 隱形眼鏡 角膜塑型 → 戴鏡視力右眼 (1.0)、左眼 (0.9)

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(-4.25)度 左眼(-3.50)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼()度

左眼(-0.50)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： 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：眼科診所

家長聯絡事項：3532018226

眼科醫師簽章：

林宜鴻醫師

檢查日期

112.1.03

日

家長簽章：


林育霞

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

請於112/01/13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1班20號李 
本學期學校健康檢查結果為：視力不良

裸視右:0.5 裸視左:0.5 戴鏡右:0.8 戴鏡左:0.8

(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12月28日

第 3 次通知

親愛的家長 您好：
貴子女在校視力檢查結果為「視力不良」，請您撥冗帶您的子女至眼科做進一步檢查(請勿至眼鏡行)，並將回條繳交給導師。

同安國小健康中心 感謝您的配合

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女四年1班20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：0.3 左：0.5

<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 checked="" type="checkbox"/>屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/>是 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>近視：右眼(<u>-0.25</u>)度 左眼()度</p> <p>(2) <input checked="" type="checkbox"/>遠視：右眼(<u>+0.5</u>)度 左眼()度</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>散光(負值)：右眼(<u>-1.5</u>)度 左眼(<u>-2.5</u>)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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>11、<input checked="" type="checkbox"/>定期檢查(醫師建議下次回診日期：<u>111</u>年 <u>1</u>月 <u>15</u>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 

家長聯絡事項： 檢查日期 年 月 日
家長簽章：112. 1. -4

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於112/01/13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：貴子女五年8班4號蔡
本學期學校健康檢查結果為：視力不良

裸視右:0.9 裸視左:0.4

(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12月28日

第 3 次通知

親愛的家長 您好:

貴子女在校視力檢查結果為「視力不良」，請您撥冗帶您的子女至眼科做進一步檢查(請勿至眼鏡行)，並將回條繳交給導師。

同安國小健康中心 感謝您的配合

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女五年8班4號蔡 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：0.8 左：0.4

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(100)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼(25)度
左眼(100)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：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於112/01/13前繳交回條。

醫師林靖洋
醫字第038817號

精明眼科診所
111.11.09
3532017587