00 國小 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
（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）

親愛的家長：貴子女 0 年 0 班 0 號 000

本學期學校健康檢查結果為：000

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。

誠摯邀請家長，一同來維護孩子的身體健康、平安成長。

溫馨叮嚀:

1. **請持本『通知單』及『健保卡』到醫療院所進行視力檢查，<u>掛號費需自付</u>（倘預約診所是本市『數位複檢特約診所』，可使用校園通 app 提交數位複檢單）。**
2. 看診後請於 000 年 00 月 00 日前，點選「寶貝 i 健康＞複檢通知＞拍照繳回」上傳此單，若未就醫者，也請家長簽名後將此單交還給老師，感謝您的配合。

新北市 00 國小健康中心 000 年 00 月 00 日

00 國小 視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女：0 年 0 班 0 號 000，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：_____

有異常，請打勾(可複選)	醫師建議處理:(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)☐散光(負值)：右眼( )度 左眼( )度 3、 其他異常（請註明）_____	1.☐長效散瞳劑 2.☐短效散瞳劑 3.☐其他藥物 4.☐配鏡 5.☐更換鏡片 6.☐遮眼治療 7.☐配戴隱形眼鏡 8.☐角塑片 9.☐視力保健 10.☐其他 11.☐定期檢查

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