

學童視力不良定期複檢通知單

依教育部訂健康指標：視力篩檢裸眼視力任一眼低於 0.9 者為視力不良或已配戴眼鏡矯正，仍應前往眼科定期複查，以達控度防盲。

親愛的家長：貴子女____年____班____號 姓名：_____

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、請持本通知單，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。

縣立湖北國民小學健康中心敬啟 2025年5月21日

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（ ）、左眼（ ）
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（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

家長簽章：

家長聯絡事項：

※檢查完成後請將此單繳交回學校