

## 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）  **醫師建議處理**

1.  弱視 ( 左眼  右眼)

- 2、□扁桃体炎 (□右眼 □左眼 )

2. □屈九不正

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）



### 3、其他異常（請註明）

## 醫師建議處理



## 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