

桃園國中寒/暑假-學生眼科(視力)檢查結果回條

視力保健建議及注意事項：

請家長可利用寒/暑假期間帶孩子至眼科做視力檢查，檢查結果為下個學期的就診結果喔！

1. 請開學時繳回健康中心，若怕遺失，可拍照存檔或留就診資料(收據或藥單等)，當作就診證明喔！
2. 近視是疾病，學童每年度數易增加 100 度；500 度以上即為高度近視，併發症引起失明風險高。
3. 高度近視已是國人失明原因第一位，家長應協助孩童複檢(就醫)控制近視度數，預防未來失明風險。
4. 視力不良同學，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。
5. 戶外活動每天至少 2 小時可預防近視，近距離(35-40 公分)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。
6. 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。
7. 此單張源自中華民國眼科醫學會版-110年修訂版學生眼科(視力)檢查回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

____年____班 座號____ 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)：裸眼視力 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：(請儘量填寫下列屈光值，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 【請注意！上列度數為檢查結果，非配鏡處方！】 3. 其他異常(請註明)_____ 4. 眼軸長：右眼()mm 左眼()mm	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. ☐配鏡矯正 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：