

裸視視力不良複檢通知單

縣立萬來國小寒暑假期間專用

親愛的家長：

貴子女____年____班____號_____因視力不良需定期追蹤視力，為避免開學後就醫人潮多，增加候診時間，敬請寒暑假期間撥空帶往合格眼科醫師接受複檢。

●依教育部規定，裸眼視力任一眼低於0.9者(含配鏡視力正常)為視力不良，需通知定期眼科檢查

1. 每天都要有戶外活動時間，每天2-3小時以上。
2. 戶外活動須做好防曬措施，例如使用戴帽子或太陽眼鏡等遮陽。
3. 用眼時間每30分鐘休息10分鐘，電子商品用眼每天總時數少於2小時。
4. 下課務必走出教室活動，讓眼睛休息至少10分鐘。
5. 每半年應定期至眼科檢查，此次若先檢查可當成開學後依據。
6. 當接到學校視力篩檢未達合格標準之通知，需至合格眼科醫師接受複檢。
7. 若視力出現問題，遵照醫師指示配合矯治，定期回診追蹤。
8. 高度近視存在失明風險，應隨時協助學童控度防盲。

裸視視力不良複檢回條

縣立萬來國小寒暑假期間專用

____年____班____號_____

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)：裸視視力右眼：_____左眼：_____

若有異常，請打勾(可複選)

1. 弱視 左 右

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：(可複選)

1 長效散瞳劑 2 短效散瞳劑 3 其他藥物 4 配鏡治療 5 更換鏡片

6 遮眼治療 7 配戴隱形眼鏡 8 角膜朔型片 9 視力保健衛教 10 其他_____

11 定期檢查(下次回診日期：____年____月____日)

★請於開學日____年____月____日交回給級任導師

家長簽章：_____

醫療機構名稱：

眼科醫師簽章：

檢查日期：____年____月____日