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

學童視力健康檢查結果通知單

親愛的家長:貴子女六年1班10號朱亭宜

本學期學校健康檢查結果為:視力不良

(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)**視力保健建議事項:**

1. 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，**失明風險高**
2. 戶外活動每天至少2小時可預防近視，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。
3. 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，並定期回診追蹤治療。
4. **高度近視已是國人失明原因第一位**，家長應協助孩童控制近視度數，預防未來失明風險。

下次回診日期:　　年　　月　　日

縣立笨港國小　　健康中心敬啟2018年6月20日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年1班10號朱亭宜，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:____左:____

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	1.□長效散瞳劑
2.□屈光不正	2.□短效散瞳劑
散瞳: □**是** □**否**　**度數:**	3.□其他藥物_____
(請務必填寫下屈光值，若角膜塑型請填原始度數)	4.□配鏡矯治
(1)□近視: 右眼(　　)度 左眼(　　)度	5.□更換鏡片
(2)□遠視: 右眼(　　)度 左眼(　　)度	6.□遮眼治療
(3)□散光(負值): 右眼(　　)度	7.□配戴隱形眼鏡
左眼(　　)度	8.□角膜塑型
3.其他異常(請註明)_____	9.□其他_____
	10.□定期檢查(下次回診日期：　年　月　日)
	(請填入存根聯)

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