

# 請於10/26前複檢完成繳交回條至健康中心

裸視視力不良通知單

親愛的家長:

貴子女 **班級** \_\_\_\_\_ **座號** \_\_\_\_\_ **姓名** \_\_\_\_\_ **本學期視力檢查結果為視力不良**

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。
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。

年級	學期	裸視右	裸視左	矯正右	矯正左
高一	1				
高一	2				
高二	1				
高二	2				
高三	1				
高三	2				
高四	1				
高四	2				

-9 無法表達或在家自學 -8 戴隱形眼鏡 -7 角膜塑型 -6 雷射治療

### 注意事項

1. 凡有收到視力不良矯治單的同學務必於10/26前就醫。
2. 若因家長沒空、近半年內已有就醫、更換鏡片或點藥治療等情形，請家長於回條下方勾選項目及註明。
3. 無論是否就醫，務必請家長簽名後，於10/26前將回條繳交衛生股長統一收齊繳回健康中心。

臺北市立松山工農 健康中心 關心您



醫師檢查回條 **班級** \_\_\_\_\_ **座號** \_\_\_\_\_ **姓名** \_\_\_\_\_ **本學期視力檢查結果為視力不良**

醫療機構名稱： \_\_\_\_\_ 眼科醫師簽章： \_\_\_\_\_ 檢查日期 年 月 日

裸視視力無異常(裸眼右: \_\_\_\_\_ 裸眼左: \_\_\_\_\_ )

若有異常，請打勾(可複選)

1. 弱視 左 右

2. 屈光不正 散瞳: 是否

(1)近視: 右眼( \_\_\_\_\_ )度 左眼( \_\_\_\_\_ )度

(2)遠視: 右眼( \_\_\_\_\_ )度 左眼( \_\_\_\_\_ )度

(3)散光(+/-): 右眼( \_\_\_\_\_ )度 左眼( \_\_\_\_\_ )度

3. 其他異常(請註明)

醫師建議處理: (可複選)

2. 點藥治療  3. 配鏡矯治  5. 更換鏡片  7. 遮眼治療  9. 配戴隱形眼鏡

6. 定期檢查(下次回診日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  A. 角膜塑型  N. 其他

家長聯絡事項: \_\_\_\_\_

家長簽章: \_\_\_\_\_

**家長沒空，但已知學生視力情況，之後會自行安排複檢追蹤。未就醫或半年內已有就醫、更換鏡片或點藥治療中的同學，請家長勾選右側的項目及註明(請依實際情況勾選並註名)。注意:配鏡度數是鏡片所指的幾百度，請勿寫測量的視力度數(零點幾度)!!**

請於104/10/26前繳交回條。

診斷	右眼配鏡度數	左眼配鏡度數
近視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遠視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
散光	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 使用藥物者，請註明藥物名稱:		