

# 桃園市立東興國民中學 學生視力檢查結果衛教及通知單

年 班 號 姓名:

親愛的家長 您好:貴子女本學期視力篩檢結果發現

[ ] 1. 裸視視力不良

[ V ] 2. 矯正視力不良

請 貴家長撥空帶孩子，至 **眼科醫師** 做更進一步的檢查與矯治，以免錯過矯正黃金治療時期，並請督促改善 貴子女的生活與用眼習慣。煩請醫師診斷時，請填上屈光度數與建議情形，並請記載於回條單上，繳交回學校健康中心。

## 視力保健建議事項 -

1. 每天和假日都要有戶外活動時間，每天 120 分鐘以上。
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 分鐘應休息 10 分鐘、電子商品用眼美天總時數少於 2 小時。
4. 下課務必走出教室外活動或讓眼睛多望遠方，以防近距離用眼時間過久造成疲勞。
5. 定期視力檢查，每半年 1 次。高度近視存在失明風險，家長應隨時協助學童控度防盲。
6. 注重均衡飲食與充分的睡眠。
7. 當接到學校視力篩檢未達合格標準之通知，需到合格眼科醫師接受複檢。
8. 若視力出現問題，請遵照醫師指示配合矯治，定期回診追蹤。

學務處 衛生組 健康中心 敬啟 年 月 日

## 視力複檢與矯治回條

.....  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班\_\_\_\_\_號，姓名:\_\_\_\_\_，醫師檢查結果:

裸視視力正常 (兩眼均達 0.9) (裸眼右:\_\_\_\_\_ 裸眼左:\_\_\_\_\_)

若有異常，請打勾 (可複選)

一.  弱視

二.  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

三. 其他異常 (請註明):

## 醫師建議處理

1. 點藥治療       2. 配鏡矯治       3. 更換鏡片       4. 定期檢查       5. 遮眼治療  
 6. 配戴隱形眼鏡       7. 角膜塑型片       8. 其他 (請註明)

醫療院所名稱:

眼科醫師簽章:

檢查日期 年 月 日

家長聯絡事項:

家長簽名: