裸視視力不良複檢通知單　麗山高中寒暑假期間專用

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，增加就診時間，敬請寒暑假期間，撥空帶往合格醫師接受複檢。

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，需通知定期眼科檢查（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）

視力保健建議及注意事項：

(一)近視是疾病，一旦近視就終生近視，若未妥善治療控制平均每年會增加 75-100 度。

(二)近視如未加以控制，容易高度近視（度數>500 度），而高度近視易產生早年性白內障、青光眼、視網膜剝離及黃斑病變，甚至有 10%會導致失明。

(三)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，並定期追蹤治療。

(四)戶外活動每天至少 2 小時可預防近視，近距離用眼時間每 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。

(五)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。

健康中心 敬啟

裸視視力不良複檢回條　麗山高中寒暑假期間專用

貴子女 _____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：_____左：_____

若有異常，請打勾（可複選）	醫師建議處理
1、 □弱視（ □右眼 □左眼 ）	1、 □長效散瞳劑（阿托平 Atropine）
2、 □屈光不正	2、 □短效散瞳劑
散瞳：□是□否	3、 □其他藥物_____
度數：(請務必填寫下列屈光值，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（□軟式□硬式）
左眼(　　)度	8、 □角膜塑型片
3、 其他異常（請註明）_____	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：