

中華民國眼科醫學會版 學生眼科(視力)檢查結果 回條

視力保健建議及注意事項：

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. 高度近視已是國人失明原因第一位，家長應協助孩童複檢(就醫)控制近視度數，預防未來失明風險。
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，並定期追蹤治療。
4. 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。
5. 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。

視力健康檢查複檢與矯治回條

____年____班 座號____姓名____，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：右眼() 左眼()

未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸眼視力 右：() 左：()

若有異常，請打勾(可複選)

1. ☐弱視 (☐右眼 ☐左眼)

2. ☐屈光不正

散瞳☐是 ☐否

度數：(請儘量填寫下列屈光值，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：

1. ☐長效散瞳劑(阿托平 Atropine)

2. ☐短效散瞳劑

3. ☐其他藥物_____

4. ☐配鏡矯治

5. ☐更換鏡片

6. ☐遮眼治療

7. ☐配戴隱形眼鏡(☐軟式☐硬式)

8. ☐角膜塑型片

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