

臺南市仁德區仁和國小 107 學年度視力保健推動計畫

一、依據：學校衛生法施行細則第十四條。

二、目的：

- (一) 學童能認識眼睛的功能。
- (二) 加強學童視力保健知識，維護學童視力健康。
- (三) 培養學童良好的視力保健習慣。
- (四) 加強家庭視力保健的執行。

三、實施對象：全校學生。

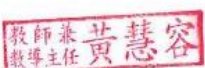
四、內容：

- (一) 定期視力檢查，彙整統計資料以及分析統計資料。
- (二) 視力篩檢異常學生以書面通知家長，帶到合格眼科醫師診斷治療。
- (三) 視力不良學生就醫調查，追蹤治療成果。
- (四) 教學課程配合視力保健：
 - 1. 舉辦視力保健相關學藝競賽與活動，宣導正確視力保健知識，並利用有獎徵答方式引發學生的學習動機。
 - 2. 利用彈性課程或導師時間播放新型課桌椅使用錄影帶。
 - 3. 減少作業總量，家庭作業逐漸減少以觀察、實驗等代替。
 - 4. 增加課外活動，提高戶外教學的活動比率。
 - 5. 依國民小學學生作業規格，正確使用作業簿。
 - 6. 下課時間確實讓學生離開教室走至室外運動或活動。
 - 7. 用眼時能遵守視力保健 3010 原則。
- (五) 依照學生身高選用合適之課桌椅。
- (六) 輔導學童保持正確閱讀姿勢，其閱讀寫字時眼睛和書本正確距離為 35 公分以上。
- (七) 定期檢測教室桌面照明，照明不低於 350LUX 且燈光不閃爍；檢測黑板照明，照明不低於 500LUX 且黑板不反光。
- (八) 利用光碟、簡報或海報…宣傳，加強視力保健的指導。
- (九) 每星期四升旗活動實施全校集體遠眺休息。
- (十) 利用班親會與親職教育宣導視力保健工作，家長視力保健觀念問卷調查，並請家長配合視力保健推行活動。
- (十一) 加強校園綠美化工作。
- (十二) 公開獎勵視力正常學生及視力保健生活習慣正確之學生。

五、本計畫陳請 校長核可後實施，修正時亦同。

承辦人 

學務組長 

教導主任 

校長 

臺南市仁德區仁和國小學童視力保健執行小組組織與職責

職 務	姓 名	實 施 要 領
校 長	郭國成	1.為視力保健推行小組召集人。 2.籌劃視力保健經費，督促總務人員改進照明等視覺環境。 3.督導學生視力保健計畫。 4.考核學生視力保健工作之成效。
教導主任	黃慧容	1.協助校長督導學生視力保健工作。 2.協助校長督導與視力保健有關設備、設施及環境等經費之執行。 3.負責辦理與教育、衛生有關機關之聯繫合作事宜。 4.策劃視力保健聯絡教學、督導教案製作及觀摩與推行。
總務主任	謝冠瑜	1.負責視力環境之改善。 2.繼續不定期更新課桌椅。 3.教室照明設備之維護。 4.實施各班教室照度檢測。
學務組長	林慧真	1.為視力保健推行小組之執行秘書。 2.訂定並推動學生視力保健計畫。 3.協助改善學校採光、課桌椅及黑板等視覺環境改善計畫。 4.協助護理師管理學生健康紀錄。 5.協助教師實施學生視力保健教育。 6.協助護理師實施學生視力保健工作。
教務組長	夏慧珍	1.協調各科教師減少學生作業及考試次數。 2.要求印刷品清楚，字體不可太小，一律要用白色且反射小的紙。 3.正常化教學之貫徹。
護理師	葉秀美	1.協助推動整體學校視力保健計畫。 2.協助教職員加深對視力保健工作的認識。 3.負責檢查、矯正及追蹤視力不良之學生。 4.管理學生視力健康檢查紀錄並統計製圖製表。 5.配合教師實施學生視力保健教育。 6.負責聯絡衛生當局、家長及地方人士促進學生視力保健工作。 7.製作宣傳海報及健康櫥窗。
教 師	各班導師 科任教師	1.隨時注意學生用眼習慣，隨時輔導矯正。 2.指導學生經常實施望遠凝視。 3.觀察學生有無視力不良現象，應隨時轉知學校醫護人員或家長。 4.配合健康教育課程，加強實施視力保健教育。 5.指導學生養成良好健康及用眼習慣並預防眼睛意外傷害的發生。 6.利用家庭訪視，向家長宣導視力保健工作，以促其合作。

一、透過健康檢查，請醫師到校全面檢查學生之視力健康。

二、視力不良之學生，發予通知單，請家長帶去眼科複檢及矯治，並將複檢結果送回健康中心。視力不良就醫複檢率達100%。

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複檢通知單

親愛的家長：貴子女六年忠班 []
本學期學校健康檢查結果為：視力不良

右眼：0.5
左眼：0.8

(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：

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。

臺南市仁德區仁和國民小學 健康中心敬啟 2019年2月25日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年忠班 []，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()度左眼()度
未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸視視力右：0.4左：0.8

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：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數) (1) ☒近視：右眼(<u>200</u>)度 左眼(<u>50</u>)度 (2) ☐遠視：右眼()度 左眼()度 (3) ☒散光(負值)：右眼(<u>65</u>)度 左眼(<u>50</u>)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  3505320573
家長聯絡事項  門診章

眼科醫師簽章：

 醫師李美倫

檢查日期 年 月 日

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

請於2/27前交回。謝。

