**學童視力健康檢查結果通知單範例**

（學校全銜）學童視力健康檢查結果通知單

貴子女 **本學期**學校健康檢查結果發現：

裸視右 左 **戴鏡視力**右 左

**（裸眼視力為眼睛未使用任何輔具，包括眼鏡、隱形眼鏡、角膜塑型等）**

**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1小時。
4. 下課務必走出教室外活動讓眼睛休息至少10分鐘。
5. **每半年定期視力檢查1次。**
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，家長應隨時協助學童控度防盲。

○○學校 健康中心敬啟 年 月 日

**視力健康檢查複檢與矯治回條**

年 班，學生姓名 ，醫師檢查結果：

裸視視力□正常 □異常 (裸眼右： 裸眼左： )

**（裸眼視力正常指當眼睛未使用任何輔具，包括眼鏡、隱形眼鏡、角膜塑型等，視力達0.9以上，有使用者請勾異常）**

若有異常，請打勾(可複選)

1. □弱視

2. □屈光不正

**散瞳度數 □是 □否 (□1.家長無法配合 □2.已散瞳劑使用 □3.下次回診**

**散瞳日期時間 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □4.其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**

(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

□1.點藥治療 □2.配鏡矯治 □3.更換鏡片 □4.遮眼治療 □5.配戴隱形眼鏡

□6.定期檢查 (下次回診日期： 年 月 日) □7.角膜塑型片 □8.其他

**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： 家長簽名**

**回條繳回期限 年 月 日**