

# 新北市新莊國小 學童視力健康檢查單

## 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，家長應隨時協助學童控度防盲。建議每半年定期視力檢查 1 次。
- 三、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。
- 四、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。
- 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。
- 六、依新北市教育局新北教體衛字第 1112418626 號函【**新北市學童護眼方案**】  
每年補助就讀或設籍本市之國小 1 至 6 年級學童眼科散瞳專業視力檢查一次，家長可多加利用，建議直接前往合約眼科醫療院所即可。請掃右側 QR CODE 詳閱。**護眼方案視力檢查紀錄表及下列回條須繳回健康中心。**



新北市新莊區新莊國民小學學務處 敬啟

## 新北市新莊國小 學童視力健康檢查 回條

\_\_\_\_年\_\_\_\_班\_\_\_\_號，學生姓名\_\_\_\_\_

醫療機構名稱：

檢查日期：

醫師檢查結果：**請眼科醫師 協助詳填 以下資料**

|  |                                   |                                      |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 目前有使用輔具 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 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)：裸視視力右眼：_____左眼：_____  |                                   |                                      |
| 散瞳： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |                                   |                                      |
| 檢查結果：  |                                   |                                      |
| 1. <input type="checkbox"/> 弱視( <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼)                             |                                   |                                      |
| 2. <input type="checkbox"/> 屈光不正 (請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)  |                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> 近   | 視：右眼( )度                          | 左眼( )度                               |
| <input type="checkbox"/> 遠   | 視：右眼( )度                          | 左眼( )度                               |
| <input type="checkbox"/> 散光(負值)：   | 右眼( )度                            | 左眼( )度                               |
| <input type="checkbox"/> 其他異常(請註明)_____  |                                   |                                      |
| 醫師建議處理   |                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> 1 長效散瞳劑(阿托平 Atropine)   | <input type="checkbox"/> 2 短效散瞳劑  | <input type="checkbox"/> 3 其他藥物_____ |
| <input type="checkbox"/> 4 配鏡矯治  | <input type="checkbox"/> 5 更換鏡片   | <input type="checkbox"/> 6 遮眼治療      |
| <input type="checkbox"/> 8 角膜塑型片   | <input type="checkbox"/> 9 視力保健衛教 | <input type="checkbox"/> 10 其他_____  |
| <input type="checkbox"/> 11 定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年 月 日)  |                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> 7 配戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 軟式 <input type="checkbox"/> 硬式                            |                                   |                                      |

家長簽章：\_\_\_\_\_