文德國小 114 年暑假 視力檢查表

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、當接到本檢查單時，請至眼科診所接受檢查，勿至眼鏡行檢查。

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。

_____年_____班　座號_____　學生姓名_____

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：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

請於開學時連同牙齒檢查表交回學校，謝謝!