

視力保健須知：保護眼睛應避免「長時間」、「近距離」並記住

「兒少近視病、戶外活動防近視、定期就醫來防盲、3010 眼安康」。每半年定期眼科檢查，同學請利用暑假至眼科回診。

視力健康檢查回條（原班） 年 班 號 姓名：

醫師檢查結果：

若有異常，請圈選(可複選)

1. 弱視 2. 屈光不正 散瞳： 是 否

度數：(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. 長效散瞳劑 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 8. 角膜塑型 9. 其他_____

10. 定期檢查(下次回診日期： 年 月 日)

醫療機構名稱：

醫師簽章：

日期：

請於開學(最晚 9/9)統一由衛生股長收齊繳至健康中心，謝謝。

若單張遺失請自行至學校網站(E 化校園)下載。