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　　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 9/11)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。