

# 身高體重視力測量結果通知單

依教育部訂健康指標：視力篩檢裸眼視力任一低於0.9者為視力不良，應通知家長帶往眼科複查

親愛的家長：貴子女六年5班1號宋捷紳

身高體重檢查結果為：體重超重 身高:159.1公分 體重:64.1公斤

建議體重54.2公斤

視力檢查結果為：視力不良

裸視右:0.1 裸視左:0.2 戴鏡右:0.9 戴鏡左:0.9

依據衛福部兒童及青少年肥胖定義，本學期身高、體重測量結果，發現貴子女體位過重或超重，需要您的關心，因為過重會影響孩子的身心健康。我們提出一些有效的方法，為了易懂易記，以85210做宣導，請您一同協助孩子檢視、做到下列事項：

天天吃優質早餐(減少含糖飲料、合成果汁、調味乳、油炸食物及醬料)。

8: 天天睡足8小時(每晚10點前入睡)。

5: 天天吃5個自己拳頭大小的蔬果(3份蔬菜2份水果)。 避免吃零食宵夜。

用水果、低脂牛奶取代糕餅點心、油炸食物。 定時吃多樣、天然無加工食品，八分飽就好。

2: 四電(電視、電腦、電動、電話)使用時間每天少於2小時。 在餐桌前專心用餐。 細嚼慢嚥。

1: 一天累積60分鐘以上的運動。 下課離開教室到戶外活動，多走路上學。 飯後散步。

0: 天天喝足1500c.c.(或體重公斤數乘以30c.c.)的白開水。 不喝含糖飲料。

必要時可諮詢護理師、營養師或醫生。

更多的訊息請上網「學生健康體位網」<https://pace.cybers.tw/index2.htm>

## 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、當接到本通知單時，需至眼科醫師處接受複檢，遵照醫師指示配合矯治，並定期追蹤治療。

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。

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。

桃園市忠貞國小 健康中心敬啟 2021年7月01日

## 視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女六年5班1號宋捷紳，醫師檢查結果：

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：\_\_\_\_\_

<p>若有異常，請打勾(可複選)</p> <p>1、<input type="checkbox"/>弱視( <input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼 )</p> <p>2、<input type="checkbox"/>屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</p> <p>度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)</p> <p>(1)<input type="checkbox"/>近視：右眼( )度 左眼( )度</p> <p>(2)<input type="checkbox"/>遠視：右眼( )度 左眼( )度</p> <p>(3)<input type="checkbox"/>散光(負值)：右眼( )度 左眼( )度</p> <p>3、其他異常(請註明) _____</p>	<p>醫師建議處理</p> <p>1、<input type="checkbox"/>長效散瞳劑(阿托平 Atropine)</p> <p>2、<input type="checkbox"/>短效散瞳劑</p> <p>3、<input type="checkbox"/>其他藥物_____</p> <p>4、<input type="checkbox"/>配鏡矯治</p> <p>5、<input type="checkbox"/>更換鏡片</p> <p>6、<input type="checkbox"/>遮眼治療</p> <p>7、<input type="checkbox"/>配戴隱形眼鏡(<input type="checkbox"/>軟式<input type="checkbox"/>硬式)</p> <p>8、<input type="checkbox"/>角膜塑型片</p> <p>9、<input type="checkbox"/>視力保健衛教</p> <p>10、<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>11、<input type="checkbox"/>定期檢查(醫師建議下次回診 日期： 年 月 日)</p>
---	--

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110/04/08前繳交回條。