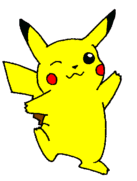
**109新竹市高峰國小暑假【愛眼護齒摸彩單】🞱繳回期限：109年8月31日**

**親愛的家長 您好:**

**視力不良、蛀牙與體位不良是影響學童健康的最大問題，為了解孩童視力與口腔狀況及避免開學後就醫潮,請定期於寒暑假期間帶孩子至合格的眼科及牙科醫療院所** **檢查診治,以早期發現異狀，早期治療。檢查後，請醫師將診療結果記載於回條上(本通知單背面),開學時交給導師轉交健康中心彙整。 (若孩童曾於3個月內做過眼睛檢查或口腔檢查，此次不必再檢查，只需詳細填寫就診醫院及就診日期，或附上就醫收據，以便學校追蹤學童健康狀況。)**

**🞷為了孩子的健康，請家長協助配合健康中心愛眼護齒定期檢查活動。定期檢查學童開學後準時交回摸彩單，可獲得神秘小禮物一份。家長若欲了解孩子眼睛或牙齒相關問題，歡迎洽詢健康中心，電話：5626909-235。感謝您的配合支持!** **(若未攜帶本單張就診，請將就醫收據浮貼於本單張交回即可)**

 **高峰國小健康中心 敬啟**

**………………………………………………………………………………………………………**

**新竹市政府教育處視力保健相關政策**

1.依據中華民國106年9月12日教育處公文，近年視力保健宣導重點「**兒少近視病、戶外活動**

**防近視、定期就醫來防盲、3010眼安康**」。推動策略為「規律用眼3010」(近距離用眼每30分鐘

休息10分鐘)、「天天戶外活動120」(每天到戶外活動總時間超過120分鐘)。

2.有關家長對學童視力不良複檢相關疑慮，說明如下：

(1)**近視是疾病，需控度治療**，因此建議家長定期帶子女至眼科醫師檢查及配合治療，以避免未來成

為失明高風險族群。

(2)有關學童視力複檢是否可至眼鏡行由驗光師執行﹖依據驗光人員法第12條對於驗光師之業務範圍

規定：**非侵入性之眼球屈光狀態測量及相關驗光，包含為一般眼鏡配鏡所之驗光**；十五歲以下者

應於眼科醫師指導下為之，因此，驗光師對國小學童之驗光應在眼科醫師指導下為之。

(3) **依教育部訂健康指標:視力篩檢裸眼視力任一眼低於0.9者為視力不良，應通知家長帶往眼科複**

**查**。學校每學期進行視力檢查發放複檢通知單是希望家長重視子女視力健康問題，**定期檢查治**

**療**，學校需尊重家長處理方式。

**(4)為避免開學就醫潮，鼓勵家長利用寒暑假期間帶子女至眼科院所檢查視力。**

**@寒暑假學童較無課業壓力，請家長多加注意孩童使用手機、電腦等3C用品時間是否過長**，

**以防視力惡化**。

**★視力保健建議及注意事項：**

1.學童每年度數易增加100度；**500度以上即為高度近視**，**高失明風險**。高度近視已是國人失明原因第一位，請家長協助孩童複檢(就醫)控制近視度數，預防失明風險。

2.戶外活動每天至少 **2小時**可預防近視，看電視打電腦或近距離 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：養成遠眺休息的習慣。

3.戶外活動須做好防曬措施，例如戴帽子或太陽眼鏡等遮陽。

**4.每半年定期視力檢查1次。**

5.睡眠要充足，不要熬夜;均衡飲食，攝取足量的營養素 。

6.發現子女有瞇眼、斜眼等現象，務必就醫診治。若視力出現問題，遵照醫師指示矯治，定期回診追蹤。

**🎔口腔保健小知識🎔**

1.**刷牙333~~3餐飯後，**

**30分鐘內，每次刷牙3**

**分鐘。**

**2.均衡飲食，少吃甜食。 3.使用潔牙四寶(牙刷､**

**牙線 ､含氟牙膏､含氟漱口水)。**

**4.重視乳牙保健，以免影**

**響恆牙排列及身體健康。**

**5.每半年定期口腔檢查。**

**※若未攜帶本單張就診，請將就醫收據浮貼於本單張交回即可｡**

**109高峰國小 暑假 視力檢查追蹤摸彩單**

**★學童視力若以往就醫記錄，醫師判定為正常，請家長自行斟酌複檢時間，**

**本通知單仍請家長填寫後交回，謝謝!**

**(*109年6月以後* 曾就醫檢查或有定期檢查學童，不需重複就診，請詳填就醫結果或附上就醫收據即可。)**

**年 班 號 (請填新班級) 學生姓名:**

**◎孩童視力狀況： □無異狀( 0.9以上 含0.9) □有異狀( 0.8以下 含0.8)**

**1.每天使用手機、平板或其他3C用品時間 □<1小時 □1-2小時 □>2小時 □無**

**2.是否有每半年定期檢查習慣 □有 □無**

**3.最近一次就診醫院： 檢查日期： 年 月 日**

|  |
| --- |
| 4.**醫師檢查結果**： **❖散瞳檢查:□有 □無 眼科醫師簽章:**  **(1)□近視: 右眼(　　　)度 左眼(　　　)度**  **(2)□遠視: 右眼(　　　)度 左眼(　　　)度**  **(3)□散光(負值): 右眼(　　　)度 左眼(　　　)度**  **(4)弱 視: □雙眼 □右眼 □左眼**  **(5)斜 視: □內斜 □外斜 □上下斜　 (6)其他 (請註明)：**  5.**醫師建議處理: (可複選)**  **□(1)長效散瞳　□(2)短效散瞳　□(3)配眼鏡矯正 □(4)更換鏡片**  **□(5)遮眼治療　□(6)角膜塑型 □(7)定期追蹤 □(8)其他** |

**家長聯絡事項：**

**家長簽章: 日期：**

**★檢查結果務必詳細填寫，若未攜帶本單張就診，請將就醫收據浮貼於本單張交回即可**

**109高峰國小 暑假 口腔檢查追蹤摸彩單**

**年 班 號(新班級) 學生姓名: 檢查日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **牙醫師填寫** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | | **上**  **右**  **下** | | | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** | **上**  **左**  **下** | | | | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** | | **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** | | | □無異狀☺**有獎品**  □口腔衛生不良  □牙結石  □牙周病  □咬合不正  □其他 |
| **✯本次矯治結果：□矯治完成 □尚未完成，需再次治療**  **注意事項：** | | |
| **家**  **長**  **填**  **寫** | **＊如果未到牙科矯治請✓選以下原因並請家長簽名後交回級任老師彙整。**  **□不需要 □沒有健保 □經濟困難**  **□其他（說明： ）** | **家長簽章：** | |
| 日期： | |

**診療院所名稱: 牙科醫師簽章:**

**※通知單若遺失，請至「高峰國小警衛室」索取新表格.**

**🞱繳回期限：109年8月31日**