

高雄市立文山高級中學學務處  
109 學年度第一學期課程或活動成果報告

課程或活動名稱	學校辦理健康促進相關議題之特色-健康檢查給予適當處方及輔導				
類別	<input type="checkbox"/> 菸害防制	<input type="checkbox"/> 口腔衛生	<input type="checkbox"/> 檳榔防治	<input type="checkbox"/> 愛滋病防治	<input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 健康體位	<input checked="" type="checkbox"/> 視力保健	<input type="checkbox"/> 性教育	<input type="checkbox"/> 全民健保	_____
辦理日期	109.09.(長期)		活動地點	校園	
協辦單位	學務處、教務處、總務處				
參與人數 (單位：人)	校內教師	校內學生	社區民眾、家長	合計	
	12	約 300 名			
課程或活動目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>藉由每學期健康檢查讓學生認識自己的健康狀況。</li> <li>以群體環境的發展為出發點，強化學生對健康的重視。</li> <li>讓學生家長確實了解子弟的現況。</li> </ol>				
執行情形 (活動內容)	<ol style="list-style-type: none"> <li>每學期安排健康檢查</li> <li>各班級代表於檢查站外集合。</li> <li>護理師講述健檢的精義。</li> </ol>				
整體滿意度	非常滿意 ( % )	滿意 ( % )	尚可 ( % )	待改進 ( % )	備註：
承辦人	姜振學		處室主任	柯麗妃	
備註					

活動相片



說明：配合年度行事例檢查。



說明：護理師講述。



視力檢查現況

學童視力健康檢查結果複檢通知單

依據新訂健康指標：視力歸納視力在一般低於0.9者為視力不良，應通知家長帶往眼科複查  
 親愛的家長：貴子女八年1班30號葉丞佑  
 本學期學校健康檢查結果為：視力不良

(據視力為視力不良者使用任何輔助工具，包括眼鏡、隱形眼鏡、角膜塑形等)

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发性白內障、青光眼、視網膜剝離及管理病變，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。

高雄市立文山高中(國中)部 健康中心敬啟2021年3月22日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女八年1班30號葉丞佑，醫師檢查結果：

目前有使用輔具眼鏡隱形眼鏡角膜塑形 未使用上述輔具時(角膜塑形不填)：裸視視力

若有異常，請打勾(可複選) 右： 左：

- 1、屈光不正 散瞳：是否
- 度數：(請務必填寫下列屈光度，若角膜型請填寫原度數)
- (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
- 3、其他異常(請註明) \_\_\_\_\_

醫師建議處理

1、長效散瞳劑(阿托平 Atropine)

2、短效散瞳劑

3、其他藥物 \_\_\_\_\_

4、配戴矯治

5、更換鏡片

6、遮眼治療

7、配戴隱形眼鏡(軟式硬式)

8、角膜型片

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： 眼科醫師簽章： 檢查日期 年 月 日  
 醫療機構名稱： 家長簽章：  
 家長聯絡事項： 請於110/04/30前繳交回條。  
 學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆。

家長通知函

學童視力健康檢查結果複檢通知單

依據新訂健康指標：視力歸納視力在一般低於0.9者為視力不良，應通知家長帶往眼科複查  
 親愛的家長：貴子女八年1班30號葉丞佑  
 本學期學校健康檢查結果為：視力不良

(據視力為視力不良者使用任何輔助工具，包括眼鏡、隱形眼鏡、角膜塑形等)

- 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发性白內障、青光眼、視網膜剝離及管理病變，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。

高雄市立文山高中(國中)部 健康中心敬啟2021年3月22日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女八年1班30號葉丞佑，醫師檢查結果：

目前有使用輔具眼鏡隱形眼鏡角膜塑形 未使用上述輔具時(角膜塑形不填)：裸視視力

若有異常，請打勾(可複選) 右： 左：

- 1、屈光不正 散瞳：是否
- 度數：(請務必填寫下列屈光度，若角膜型請填寫原度數)
- (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
- 3、其他異常(請註明) \_\_\_\_\_

醫師建議處理

1、長效散瞳劑(阿托平 Atropine)

2、短效散瞳劑

3、其他藥物 \_\_\_\_\_

4、配戴矯治

5、更換鏡片

6、遮眼治療

7、配戴隱形眼鏡(軟式硬式)

8、角膜型片

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： 眼科醫師簽章： 檢查日期 年 月 日  
 醫療機構名稱： 家長簽章：  
 家長聯絡事項： 請於110/04/30前繳交回條。  
 學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆。