



01 | 疫苗接種與預防保健

結合衛生單位與醫療院所辦理疫苗接種服務，提升師生免疫保護力，共同營造健康安全校園。



說明：與學甲區衛生所合作辦理流感疫苗接種。



說明：提供學生及教職員接種服務，提升群體保護力。

健康素養



行動落實





6-1-1 學校應用地區衛生單位、醫療資源，提供健康與醫療服務

02 | 衛生單位健康宣導

結合衛生單位辦理反毒、防疫及健康飲食等宣導活動，增進學生健康知能與自我照護能力。



說明：學甲區衛生所到班辦理反毒及愛滋防治宣導。



說明：辦理「遠離零食點心陷阱」健康講座，建立正確飲食觀念。





6-1-1 學校應用地區衛生單位、醫療資源，提供健康與醫療服務

03 | 醫療資源心理健康服務

結合醫療專業團隊辦理情緒教育課程，提升學生情緒覺察、自我照顧及心理健康素養。



說明：奇美醫院心理師到校辦理情緒教育課程。



說明：協助學生提升情緒覺察與自我照顧能力。

健康素養



行動落實





6-1-1 學校應用地區衛生單位、醫療資源，提供健康與醫療服務

04 | 健康檢查與追蹤服務

結合醫療團隊辦理健康檢查及異常個案追蹤，落實早期發現、早期矯治之健康照護機制。



說明：辦理學生健康檢查及異常個案追蹤。

視力健康檢查履檢與矯治回條

資子女4年甲班8號 醫師檢查結果：
目前尚不使用矯正眼鏡/隱形眼鏡/角膜型型 → 戴鏡視力右眼()、左眼()
未使用上述矯正具時(角膜型型不填)：裸視視力 右：()、左：()

若有異常，請打勾(可複選)

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

眼科醫師與學校聯絡事項：
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： 盧立君

學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆 請於2020年3月30日前繳交回條。

視力健康檢查履檢與矯治回條

資子女4年甲班8號 醫師檢查結果：
目前尚不使用矯正眼鏡/隱形眼鏡/角膜型型 → 戴鏡視力右眼()、左眼()
未使用上述矯正具時(角膜型型不填)：裸視視力 右：()、左：()

若有異常，請打勾(可複選)

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

眼科醫師與學校聯絡事項：
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： 謝文萍

學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆 請於2020年3月30日前繳交回條。

視力健康檢查履檢與矯治回條

資子女6年甲出10號 醫師檢查結果：
目前尚不使用矯正眼鏡/隱形眼鏡/角膜型型 → 戴鏡視力右眼()、左眼()
未使用上述矯正具時(角膜型型不填)：裸視視力 右：()、左：()

若有異常，請打勾(可複選)

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

眼科醫師與學校聯絡事項：
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： 陳建發

學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆 請於2020年3月31日前繳交回條。

視力健康檢查履檢與矯治回條

資子女5年甲出3號 醫師檢查結果：
目前尚不使用矯正眼鏡/隱形眼鏡/角膜型型 → 戴鏡視力右眼()、左眼()
未使用上述矯正具時(角膜型型不填)：裸視視力 右：()、左：()

若有異常，請打勾(可複選)

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

眼科醫師與學校聯絡事項：
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： 謝文萍

學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆 請於2020年3月31日前繳交回條。

說明：協助早期發現問題並提供矯治建議。

健康素養 行動落實





6-1-1 學校應用地區衛生單位、醫療資源，提供健康與醫療服務

05 | 口腔保健與醫療協助

結合牙醫專業團隊提供口腔保健服務，落實預防保健與早期矯治，提升學生口腔健康品質。



說明：申請衛生局口腔保健巡迴車到校服務。



說明：辦理窩溝封填、幼兒園塗氟及口腔保健。





6-1-1 學校應用地區衛生單位、醫療資源，提供健康與醫療服務

06 | 社區健康資源合作

結合社區組織與醫療資源辦理健康促進活動，培養親師生健康生活習慣，擴大健康服務影響力。



說明：結合社區發展協會辦理戶外寫生，鼓勵走出教室，落實戶外 120 與護眼行動。



說明：佳里奇美醫院辦理社區健康講座，推廣健康體位與均衡飲食觀念。

健康素養 行動落實

