

6-2-1 學校聯繫學生家長教職員~健康服務

活動名稱	學校主動聯繫學生、家長、教職員工，協助進行其自主健康管理
簡述活動內容	提供教職員工生健康諮詢;辦理教職員工簡易健檢，提供醫療院所健康檢查資訊;辦理教職員工學生健康體適能健康管理活動;學生疾病照護自主管理;體格缺點學生追蹤矯治;健康護照等。

市立德高國小112學年第1學期_裸視篩檢視力不良惡化率

- 一、A：視力受檢人數 B：裸眼視力不良人數 C：裸眼視力不良率 (B/A)
- 二、D：裸視篩檢視力不良惡化率 (本學年度C-上學年度C)

年級	本學年度			上學年度				
	視力受檢人數A	裸眼視力不良人數B	裸眼視力不良率C	年級	視力受檢人數A	裸眼視力不良人數B	裸眼視力不良率C	裸視篩檢視力不良惡化率D
二	140	43	30.71%	一	140	31	22.14%	8.57%
三	133	55	41.35%	二	132	40	30.30%	11.05%
四	130	62	47.69%	三	129	53	41.09%	6.61%
五	148	76	51.35%	四	148	64	43.24%	8.11%
六	128	85	66.41%	五	128	73	57.03%	9.38%
平均								8.74%

貴子女 三年5班16號王佳恩, 醫師檢查結果:
 目前有使用輔具: 眼鏡 隱形眼鏡 角膜型型 → 戴鏡視力 右: 0.7 左: 0.8
 未使用上述輔具時(角膜型型不填): 裸視視力 右: _____ 左: _____

若有異常, 請打勾(可複選):
 1. 弱視 (右眼 左眼)
 2. 屈光不正
 數瞳: 是 否
 度數: _____
 (請務必填寫下列屈光度, 若角膜型型請填原始度數)
 (1) 近視 右: _____度 左: _____度
 (2) 遠視 右: _____度 左: 2度
 (3) 散光(角值) 右: 40度 左: 30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. 配鏡矯治
 5. 更換鏡片
 6. 遮眼治療
 7. 配戴隱形眼鏡(口軟式硬式)
 8. 角膜型型片
 9. 視力保健衛教
 10. 其他
 11. 定期檢查(建議回診 6. 年 9 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項:
 醫療機構名稱: 眼科醫師簽名: 醫師 林合鴻 日期: 年 13 月 9 日
 家長已確實看過上述內容, 並願意督促改善子女觀念與行為, 使孩子的體能以及視力狀況能夠獲得改善, 越來越健康。
 家長聯絡事項: 家長簽章: 梁芬華
 請於113/03/19前繳交回校。

裸視不良率篩檢表

體格缺點學生追蹤矯治通單



體格缺點學生追蹤矯治量測身高體重

減重班學生進行跑步活動



宣導健康，提供健康諮詢



辦理學生健康體適能健康管理活動



新生始業式視力保健宣導

太陽日曆卡		太陽日曆卡	
星期	星期	星期	星期
第一節下課	第二節下課	午餐後	第五節下課
第六節下課	放學後	今天有戶外課	放學後3010
星期六	星期日	星期六	星期日

記錄 EYE 眼護照，監控視力健康-



教師提醒學生監控飲水量避免含糖飲料



小組活動討論造成體格缺點的元兇