



036905

親愛的家長您好：

有鑑於臺灣學童近視的比率遠高於歐美國家，依據研究報告顯示，低年級就開始近視則容易發生高度近視的機會愈大；且高度近視患者容易有視網膜病變、早發性白內障及青光眼等問題。

宜蘭縣政府為照顧學童視力的健康，自103年起即積極推動辦理「宜蘭縣兒童近視預防與視力改善計畫」，本計畫服務對象為轄內幼兒園大班生，由眼科醫師及公衛專業團隊親自到校，採用散瞳後電腦驗光提供學童眼睛屈光檢查服務，以瞭解 貴子弟的視力現況，必要時提供貴子弟醫療轉介與追蹤服務，並透過資料的統計分析，作為縣政府規劃學童視力保健政策及後續研究分析參考；這些檢查報告將紀錄在我們提供的「宜蘭囡仔的護眼護照」手冊中。本計畫之個人資料將以流水序號鍵入資料庫，以確保資料保密性，倘若您同意 貴子弟參加本計畫，請填寫本同意書及問卷後，繳交給學校彙整，感謝您的支持。

受檢學童視力檢查時使用散瞳劑後，可讓眼睛放鬆瞳孔放大，此時眼睛只能看遠而看近模糊，但這些情況在4至6小時後即可自然恢復正常。若您對參與此次檢查服務有任何疑問，請撥打宜蘭縣政府衛生局保健科專線電話：936-7855 或總機03-9322634轉2320或2312，我們將竭誠為您服務。

宜蘭縣政府衛生局關心您

「宜蘭縣兒童近視預防與視力改善計畫」家長同意書

幼兒園名稱：_____ 班級：_____ 學生姓名：_____

性別： 男 女 出生：民國年/月/日：____ / ____ / ____

住家電話：_____ 家長手機：_____

住家地址：_____

同意參加 不同意參加

家長簽名：_____ 年 _____ 月 _____ 日





「宜蘭縣兒童近視預防與視力改善計畫」
幼童視力保健生活情形調查

壹、貴家長基本資料

1. 您的年齡 _____ 歲，性別：男 女，近視：無 有
2. 教育程度
國小 國中 高中職 大專(含專科) 研究所以上
3. 您的職業是：_____
4. 您與貴子弟的關係是：
父母 祖父母 外祖父母 其他

貳、孩子的視力保健生活情形

1. 貴子弟是否有眼科疾病史：
無
有：先天性青光眼 先天性白內障 早產兒視網膜病變
斜視 氣喘 眼球開過刀 眼球曾受傷過 其他：_____
2. 最近一年內，貴子弟是否接受過眼科醫師視力檢查？
沒有 有
3. 貴子弟的眼睛目前是否有接受下列矯治：
無
有：散瞳劑 配鏡治療 角膜塑型鏡片 弱視遮眼治療
4. 貴子弟幾歲開始執筆寫字？
三歲前 三至四歲間 四至五歲間 五至六歲 六歲後
5. 最近一週內，您觀察孩子每天晚上睡眠時間有多久？
不到7小時 7-8小時 8-9時 9-10小時 10小時以上





036905

6. 最近一週內，您觀察孩子每天寫家庭作業(含寫字、看書、練習才藝、看樂譜等)的時間約有多久：

平常日：

- 沒有家庭作業 不到30分鐘 滿30分鐘，未滿1小時
 滿1小時，未滿2小時 滿2小時，未滿3小時
 滿3小時，未滿4小時 超過4小時以上

例假日：

- 沒有家庭作業 不到30分鐘 滿30分鐘，未滿1小時
 滿1小時，未滿2小時 滿2小時，未滿3小時
 滿3小時，未滿4小時 超過4小時以上

7. 最近一週內，您觀察孩子每天看4C產品(電視、電腦、電玩、平板電腦或智慧手機)的時間約有多久？

平常日：

- 沒有接觸4C產品 不到30分鐘 滿30分鐘，未滿1小時
 滿1小時，未滿2小時 滿2小時，未滿3小時
 滿3小時，未滿4小時 超過4小時以上

例假日：

- 沒有接觸4C產品 不到30分鐘 滿30分鐘，未滿1小時
 滿1小時，未滿2小時 滿2小時，未滿3小時
 滿3小時，未滿4小時 超過4小時以上

8. 最近一週放學後，貴子弟每天平均花多少時間從事戶外活動(如打球、游泳、散步、騎腳踏車等)？

平常日：

- 沒有從事戶外活動 不到30分鐘 滿30分鐘，未滿1小時
 滿1小時，未滿2小時 滿2小時，未滿3小時
 滿3小時，未滿4小時 超過4小時以上

例假日：

- 沒有從事戶外活動 不到30分鐘 滿30分鐘，未滿1小時
 滿1小時，未滿2小時 滿2小時，未滿3小時
 滿3小時，未滿4小時 超過4小時以上

請您再檢查一遍，看看是否都填寫完畢了！謝謝您的合作！





036905

「宜蘭縣兒童近視預防與視力改善計畫」 幼童眼睛檢查結果記錄表

1. 姓名：_____ 身分證字號：_____ (必填)

◎學校視力篩檢結果： (以下欄位由老師填寫)

1. 視力表篩檢

2. NTU立體圖篩檢

- 通過
- 未通過
- 不會看

右眼裸眼視力	
個位	① ②
小數	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

左眼裸眼視力	
個位	① ②
小數	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

右眼戴鏡視力	
個位	① ②
小數	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

左眼戴鏡視力	
個位	① ②
小數	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

◎眼科醫師複檢結果： (以下欄位由醫師填寫)

1. 立體圖NTU複檢：
 - 通過 未通過 不會看
2. 眼位：
 - 無異常
 - 異常：斜視 內斜 外斜
 - 上下斜 其他 _____
3. 散瞳：
 - 無散瞳 有散瞳
4. 眼底檢查：
 - 無異常
 - 異常： _____
5. 屈光異常情形：
 - 無異常 異常：
 - 遠視：右眼： _____ 度 左眼： _____ 度
 - 近視：右眼： _____ 度 左眼： _____ 度
 - 散光：右眼： _____ 度 左眼： _____ 度
6. 醫師建議：
 - 1個月內再複檢 例行性定期追蹤
7. 檢查結果綜合結語：(系統帶出第1、2、4、5與6題結果)

電腦驗光結果實貼處

眼科醫師： _____

檢查日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

