

新北市學童護眼方案(學齡前兒童) 疑似視力異常轉介單暨家長通知及同意書

親愛的家長：

本市提供貴子弟接受學齡前兒童健康檢查之視力篩檢(檢查項目：斜視、弱視、近視及不等視)，發現疑似有視力異常狀況，為把握黃金治療期，請您儘速持「**新北市學齡前兒童健康檢查/複檢報告單**」至醫療院所進行進一步**視力複檢**(需依各醫療院所規定付掛號費)。

新北市政府為避免兒童發生高度近視，另提供「學童護眼方案」補助。貴子弟因接受學齡前兒童健康檢查視力篩檢後，發現有視力異常狀況，「學童護眼方案」提供高度近視防治服務，可持**本轉介單**至合約眼科醫療院所，接受醫師**1次免費(含免掛號費)的近視檢查(需與視力複檢就診診次不同)**。若您同意貴子弟參加本方案，請填寫下列同意書並授權提供貴子弟的檢查治療、學籍(班級、姓名、生日、身分證字號)等資料及您的聯絡電話，作為後續協助貴子弟醫療介入與健康追蹤之用。後續亦提供本市國小學童**每年1次免費(含免掛號費)的近視檢查**，防範高度近視發生。

「學童護眼方案」檢查會使用散瞳劑，使用後，受檢學童將會看近較不清楚大約3到6小時、看遠一樣清楚及畏光現象，有極少數(2萬分之一)學童可能會發生暫時性眼壓升高，此為短暫的情況會自然恢復正常，若症狀持續或增加，應儘速就醫；此外，專業的眼科醫師也會詳細檢查眼部結構，提供貴子弟最佳的視力評估，**請遵照醫師指示配合矯治並定期追蹤治療**。請善加運用護眼6步驟以保護眼睛、預防近視，詳情請掃描以下QR code。



參加「新北市學童護眼方案」同意書

學校：_____ 幼兒園 中班 大班

班級：_____ 班 學生：_____

同意參加「新北市學童護眼方案」

不同意參加「新北市學童護眼方案」

家長簽名：_____

轉介單位戳章：衛生所/幼兒園