**學生視力檢查同意書**

親愛的家長您好：

　 視力檢查是預防保健的篩檢措施，檢查結果可做為學生健康自我管理的依據，並提供教師做為安排學生學習活動之參考，透過檢查早期發現、早期治療，以維護學生良好視力，若小孩近視度數已經-1.50度以上了，就應該盡快配戴眼鏡，防止在看遠時視力不清晰而瞇眼，因為瞇眼看東西時眼皮緊張，也是造成眼球壓力增加的一個因素。同時，若檢查有異常即需要進一步複查矯治；若檢查結果沒有視力問題，對於未來的視力狀況，仍建議持續定期接受相關之檢查。

本校擬由花蓮門諾醫院-東區視力保健中心組成之視力篩檢醫療團隊蒞校進行學生視力檢查，請貴家長詳閱辦理內容及相關注意事項說明：

1. 檢查項目：視力篩檢（本次篩檢僅針對視力做檢查，不含其他眼科疾病篩檢，敬請見諒）。
2. 經由醫師評估後，針對有需求的學童將會進行配鏡的視力矯正
3. 如果同意受檢，當天請勿缺席；如有任何疑問，歡迎您逕洽學校健康中心詢問，電話：○○○○○○○轉○○。

感謝您對本次活動的支持，敬請繼續與我們共同關心貴子弟的健康，養成學生良好的衛生保健習慣。

 ○○○○○○○ 敬啟

＊＊＊＊＊＊學生視力檢查回條

**＊請家長記得「勾選」及「簽名」，並於\*\*月\*\*日以前繳交回條給導師以利資料彙整。謝謝！**

**□同意**

**□不同意**

**我的小孩：　　　　　　　，就讀\*\*國中/小　　年　 班 號，參與此次視力篩檢。**

 **家長簽名：**

**中 華 民 國　 107年　　月　　日**