

親愛的家長，您好：

為維護學童視力及口腔健康，建議您每半年定期做視力及口腔的檢查。為減少學生於開學課業忙碌及診所人潮過多的等候，建議您可利用暑假期間完成檢查以節省您寶貴的時間。學童擁有健康的牙齒可幫助其正確發音、有良好的咀嚼功能才能讓營養均衡吸收、有助於建立人際關係與自信心。在輕微蛀牙、假性近視發生時及早發現與治療，讓學童能擁有健康的牙齒與明亮的雙眼，快樂無憂的學習將可提升學習成效。

★ 如學童能於假期中協助完成口腔、視力定期檢查，繳交回條者將可獲得小禮物一份以茲鼓勵！

★ 眼科、口腔定期檢查通知單詳如背面。

## 【眼科暑假定期檢查通知單】 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

為維護貴子弟的健康，請您利用寒暑假期間，帶孩子到合格的醫療院所檢查眼睛，填妥眼科檢查單通知單並妥善保管，於開學後交回健康中心，謝謝！

113 年 8 月 30 日繳回健康中心

目前有使用輔具☐眼鏡☐隱形眼鏡☐角膜塑型 → 戴鏡視力 右：\_\_\_\_\_左：\_\_\_\_\_

未使用上述輔具時（角膜塑型不填）：裸視視力 右：\_\_\_\_\_左：\_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <p>若有異常，請打勾（可複選）</p> <p>1. <input type="checkbox"/>弱視（ <input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼 ）</p> <p>2. <input type="checkbox"/>屈光不正</p> <p>散瞳：<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</p> <p>度數：</p> <p>（請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數）</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>近視 右：_____度 左：_____度</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>遠視 右：_____度 左：_____度</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>散光(負值) 右：_____度 左：_____度</p> <p>3、其他異常（請註明）_____</p> | <p>醫師建議處理</p> <p>1. <input type="checkbox"/>長效散瞳劑（阿托平 Atropine）</p> <p>2. <input type="checkbox"/>短效散瞳劑</p> <p>3. <input type="checkbox"/>其他藥物_____</p> <p>4. <input type="checkbox"/>配鏡矯治</p> <p>5. <input type="checkbox"/>更換鏡片</p> <p>6. <input type="checkbox"/>遮眼治療</p> <p>7. <input type="checkbox"/>配戴隱形眼鏡（<input type="checkbox"/>軟式<input type="checkbox"/>硬式）</p> <p>8. <input type="checkbox"/>角膜塑型片</p> <p>9. <input type="checkbox"/>視力保健衛教</p> <p>10. <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>11. <input type="checkbox"/>定期檢查(建議回診：_____年____月____日)</p> |
|---|--|

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

## 【口腔暑假定期檢查通知單】 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

為維護貴子弟的健康，請您利用寒暑假期間，帶孩子到合格的醫療院所檢查口腔，填妥口腔檢查單通知單並妥善保管，於開學後交回健康中心，謝謝！

113 年 8 月 30 日繳回健康中心

|   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>牙醫師的矯治與建議如下：</p> <p><input type="checkbox"/> 暫時無須治療</p> <p><input type="checkbox"/> 治療中，仍須回診</p> <p><input type="checkbox"/> 已完成所有治療</p> <p><input type="checkbox"/> 應另行轉診</p> <p><input type="checkbox"/> 應加強口腔衛生</p> <p>其他：_____</p> |    | <p>目前全口牙複檢結果如下圖：請勾選複檢結果項目</p> <p><input type="checkbox"/>C-齲齒 _____ <input type="checkbox"/>X-缺牙 _____ <input type="checkbox"/>△-已填補 _____ <input type="checkbox"/>/-待拔牙 _____</p> <p><input type="checkbox"/>咬合不正 _____ <input type="checkbox"/>牙齦發炎 _____ <input type="checkbox"/>牙結石 _____ <input type="checkbox"/>其他 _____</p>  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">上</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">上</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">下</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">下</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 上 |  |  | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |  |  |  | 上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 下 |  |  | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |  |  | 下 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    | 18  | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上   |    |   | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |    |    |    | 上  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下   |    |   | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |    |    |    | 下  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48  | 47 | 46  | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>待拔牙定義：a. 凡是乳牙齲齒嚴重無法修復者稱之。b. 恆牙有膿瘻出現，並合併degree2以上之動搖者稱之。c. 牙齒之牙冠因齲齒而喪失只留下牙根者。</p>   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

醫療機構名稱：\_\_\_\_\_ 牙科醫師簽章：\_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日