

# 視覺功能受檢兒童之家長同意書

親愛的家長您好：

視覺功能包含視力、立體視、色彩覺、眼球運動、調節能力、聚合與開散能力、視知覺等能力等，因此雙眼視機能異常時，雙眼的協同能力即無法保持良好的視覺狀態，雖然視力經過矯正可視物，但容易引起個案注意力不能集中、偶爾有雙重影像、閱讀字體會飄移、單一眼看近方或看遠方模糊不清楚、閱讀字體容易跳行、閱讀緩慢、領悟力下降等，嚴重的甚至會影響行動的安全問題，越早發現雙眼視機能異常，就越容易減少視力異常發生率並可以提升注意力不足的現象。

本校擬由花蓮門諾醫院-東區視力保健中心組成之視覺功能篩檢醫療團隊蒞校進行幼兒園大班以上學童視覺功能篩檢活動，敬請貴家長詳閱辦理內容及相關注意事項說明：

- (一) 檢查項目：瞳孔調節反射檢查、眼位測試(斜、弱視)、追蹤視、跳視、聚合近點、立體視覺檢查、色彩覺檢查(本次篩檢僅針對視覺功能做檢查，不含其他眼科疾病篩檢，敬請見諒)。
- (二) 如果同意受檢，當天請勿缺席；如有任何疑問，歡迎您逕洽門諾醫院計畫負責人詢問，謝先生 0921-270315。
- (三) 篩檢出異常視覺個案後將通知家長，家長同意後，由家長陪同個案至門諾醫院許明木醫師門診進行進一步眼科相關檢查，經確認有明顯症狀或異常，將與家長協商進一步的視覺訓練與矯正。

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。

○○○幼兒園 敬啟

---

## \*\*\*的視覺功能篩檢回條

**\*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○○○幼兒園\_\_\_\_\_班\_\_\_\_\_號

同意參與此次視覺功能篩檢。

家長簽名：\_\_\_\_\_

中華民國110年 月 日