

115年3度 縣立西港國小 暑假健康挑戰

班級： 年 甲 班

姓名：

「做到」請打勾

週數	日期	視力保健	口腔保健		健康體位	
		使用電視、電腦、手機 每30分鐘休息10分鐘	睡前使用超過 1000ppm含氟 牙膏潔牙	輕甜童年 試試看今天 不喝飲料 吧	一日飲水量 能多於1500cc	一天累積至 少30分鐘活 動量
第一週	7/4	☐	☐	☐	☐	☐
	7/5	☐	☐	☐	☐	☐
	7/6	☐	☐	☐	☐	☐
	7/7	☐	☐	☐	☐	☐
	7/8	☐	☐	☐	☐	☐
	7/9	☐	☐	☐	☐	☐
	7/10	☐	☐	☐	☐	☐
第二週	7/11	☐	☐	☐	☐	☐
	7/12	☐	☐	☐	☐	☐
	7/13	☐	☐	☐	☐	☐
	7/14	☐	☐	☐	☐	☐
	7/15	☐	☐	☐	☐	☐
	7/16	☐	☐	☐	☐	☐
	7/17	☐	☐	☐	☐	☐
第三週	7/18	☐	☐	☐	☐	☐
	7/19	☐	☐	☐	☐	☐
	7/20	☐	☐	☐	☐	☐
	7/21	☐	☐	☐	☐	☐
	7/22	☐	☐	☐	☐	☐
	7/23	☐	☐	☐	☐	☐
	7/24	☐	☐	☐	☐	☐
第四週	7/25	☐	☐	☐	☐	☐
	7/26	☐	☐	☐	☐	☐
	7/27	☐	☐	☐	☐	☐
	7/28	☐	☐	☐	☐	☐
	7/29	☐	☐	☐	☐	☐
	7/30	☐	☐	☐	☐	☐
	7/31	☐	☐	☐	☐	☐

🏆 完成獎勵區 🏆

恭喜你完成四週的健康挑戰！開學後記得繳回學校兌換點數喔。

另一面是「牙科檢查暨矯治表」及「眼科檢查單」，不一定要在暑假完成。只是避免開學後就診數多而向隅。

口腔健康檢查複檢與矯治回條

____年____班、座號____ 學生姓名____，經牙醫師詳細複檢結果為：

牙醫師的矯治與建議如下：

☐ 無異狀(並未發現問題-複檢無異)

複檢有異狀：

- ☐ 暫時無須治療
☐ 治療中，仍須回診
☐ 已完成所有治療
☐ 應另行轉診
☐ 應加強口腔衛生
☐ 其他：

待拔牙定義：

a. 凡是乳牙齲齒嚴重無法修復者稱之。

b. 恆牙有膿瘍出現，並合併 degree 2 以上之搖動者稱之。

c. 牙齒之牙冠因齲齒而喪失只留下牙根者。

目前全口牙複檢結果如下圖：請勾選複檢結果項目

- ☐ C-齲齒 ☐ X-缺牙 ☐ △-已填補
☐ /-待拔牙(因齲齒造成之殘根) ☐ h-乳齒待拔 ☐ 咬合不正
☐ 牙齦發炎 ☐ 牙結石 ☐ 其他

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
上	右		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左	下	
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

醫療機構：

醫師簽章：

複檢日期：

視力健康檢查複檢與矯治回條

____年____班 座號____ 姓名____，醫師檢查結果：

目前有使用輔具：☐ 眼鏡 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ➤ 戴鏡視力：右眼() 左眼()

未使用上述輔具時(角膜塑型不填)：裸眼視力 右：() 左：()

若有異常，請打勾(可複選) 1. ☐ 弱視 (☐ 右眼 ☐ 左眼) 2. ☐ 屈光不正 散瞳 ☐ 是 ☐ 否 度數：(請儘量填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數) (1) ☐ 近視：右眼()度 左眼()度 (2) ☐ 遠視：右眼()度 左眼()度 (3) ☐ 散光(負值)：右眼()度 左眼()度 【請注意！上列度數為檢查結果，非配鏡處方！】 3. 其他異常(請註明)_____ 4. 眼軸長：右眼()mm 左眼()mm	醫師建議處理： 1. ☐ 長效散瞳劑(阿托平 Atropine) 2. ☐ 短效散瞳劑 3. ☐ 其他藥物_____ 4. ☐ 配鏡矯正 5. ☐ 更換鏡片 6. ☐ 遮眼治療 7. ☐ 配戴隱形眼鏡(☐ 軟式 ☐ 硬式) 8. ☐ 角膜塑型片 9. ☐ 視力保健衛教 10. ☐ 其他_____ 11. ☐ 定期檢查(醫師建議下次回診日期： 年 月 日)
--	---

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

