

臺南市立柳營國中 114 學年度健康促進學校評選

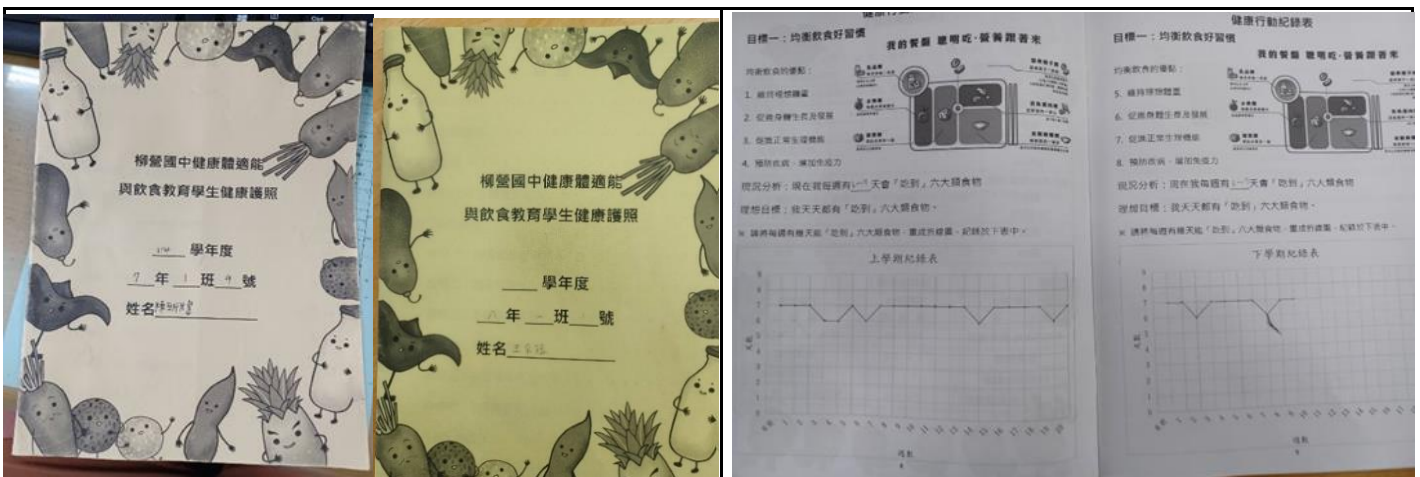
評鑑面向：六、社區連結與合作：健康服務

評鑑標準：6-2-1 學校主動聯繫學生、家長、教職員工，協助進行其自主健康管理

- 本校推動健康飲食護照，附上《114 學年度柳營國中推動健康護照(照片)》供參。
- 本校針對體格過輕、過重或視力不良學生提醒家長追蹤注意並矯治，附上《114 學年度體位異常通知單與視力矯治單簽名(照片)》供參。

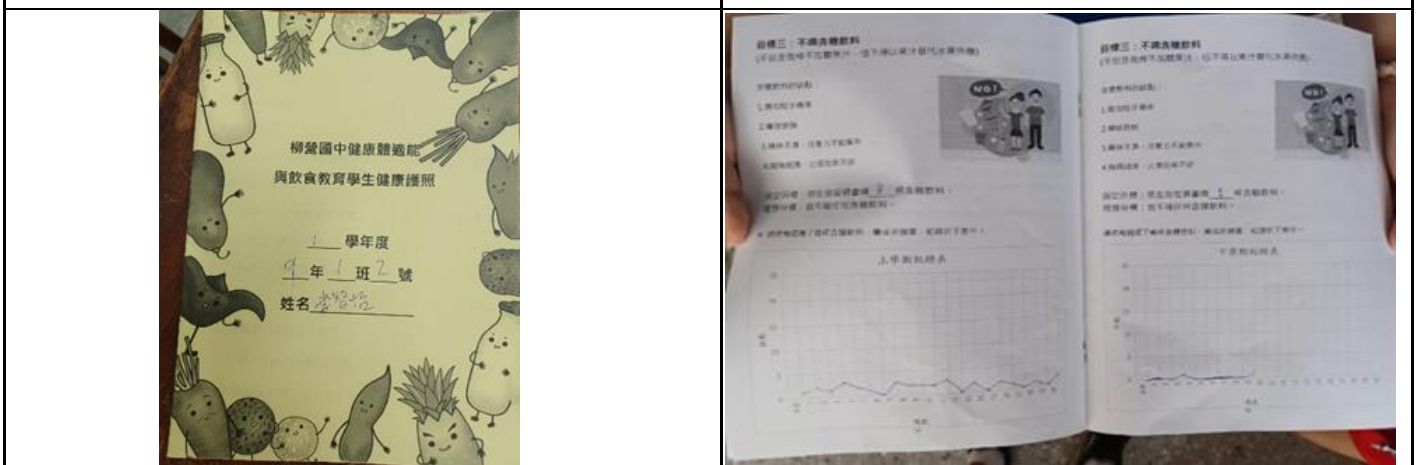
資料一

114 學年度柳營國中推動健康護照(照片)



柳營國中 701 健康飲食護照
801 健康飲食護照

114 學年度柳營國中健康護照內容



柳營國中 901 健康飲食護照

114 學年度柳營國中健康護照內容

114 學年度體位異常通知單與視力矯治單簽名(照片)

身高體重測量結果通知單

親愛的家長：貴子女 9年1班12號 [紅字] 建議體重62.4公斤
 身高體重檢查結果為：身高:164.7公分 體重:71.2公斤
 經判讀結果為：體重超重

依據衛福部兒童及青少年肥胖定義，本學期身高、體重測量結果，發現貴子女體位過重或超重，需要您的關心，因為過重會影響孩子的身心健康。我們提出一些有效的方法，為了易懂易記，以 85210 做宣導，請您一同協助孩子檢視、做到下列事項：

天天吃優質早餐(減少含糖飲料、合成果汁、調味乳、油炸食物及醬料)。

8: 天天睡足 8 小時 (每晚 10 點前入睡)。

5: 天天吃 5 個自己拳頭大小的蔬果(3 份蔬菜 2 份水果)。

用水果、低脂牛奶取代糕餅點心、油炸食物。

定時吃多樣、天然無加工食品，八分飽就好。

避免吃零食宵夜。

2: 四電(電視、電腦、電動、電話)使用時間每天少於 2 小時。

在餐桌前專心用餐。

細嚼慢嚥。

年級	學期	身高	體重	BMI	建議體重
第一	1	161.5	69.7	26.7	56.9
第一	2	162	72	27.4	58
第二	1	162.9	68.2	24.9	59.4
第二	2	163.5	68.5	25.6	60.4
第三	1	163	63.6	23.9	60.6
第三	2	164.7	71.2	26.2	62.4

身高體重測量結果通知單

親愛的家長：貴子女 9年1班18號 [紅字] 建議體重59.8公斤
 身高體重檢查結果為：身高:162.7公分 體重:68.1公斤
 經判讀結果為：體重超重

依據衛福部兒童及青少年肥胖定義，本學期身高、體重測量結果，發現貴子女體位過重或超重，需要您的關心，因為過重會影響孩子的身心健康。我們提出一些有效的方法，為了易懂易記，以 85210 做宣導，請您一同協助孩子檢視、做到下列事項：

天天吃優質早餐(減少含糖飲料、合成果汁、調味乳、油炸食物及醬料)。

8: 天天睡足 8 小時 (每晚 10 點前入睡)。

5: 天天吃 5 個自己拳頭大小的蔬果(3 份蔬菜 2 份水果)。

用水果、低脂牛奶取代糕餅點心、油炸食物。

定時吃多樣、天然無加工食品，八分飽就好。

避免吃零食宵夜。

2: 四電(電視、電腦、電動、電話)使用時間每天少於 2 小時。

在餐桌前專心用餐。

細嚼慢嚥。

年級	學期	身高	體重	BMI	建議體重
第一	1	156.9	51.2	20.8	
第一	2	158.2	55.8	22.3	53.8
第二	1	160.8	57.4	22.2	56.4
第二	2	160.1	64.7	25.2	56.6
第三	1	162.3	65.1	24.7	59
第三	2	162.7	68.1	25.7	59.8

柳營國中 114 學年度體位異常通知單

柳營國中 114 學年度體位異常通知單

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 7年1班1號 [紅字]
 家長聯絡事項：家長簽章：[簽名]
 學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於2025年10月24日前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 7年1班3號 [紅字]
 家長聯絡事項：家長簽章：[簽名]
 學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於2025年10月24日前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 7年1班5號 [紅字]
 家長聯絡事項：家長簽章：林佳燕
 學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於2025年10月24日前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女 7年1班8號 [紅字]
 家長聯絡事項：家長簽章：沈奕堂
 學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆 請於2025年10月24日前繳交回條。

視力健康檢查複檢與矯治回條

52982389
 第 101-12-2
 年 班，學生姓名： [紅字]

醫師檢查結果：
 視視力無異常(裸眼右: 0.4 裸眼左: 0.3)
 若有異常，請打勾(可複選)

1. 弱視
 2. 屈光不正 散瞳 是 否
 (1) 近視:右眼(1.25)度左眼(2.00)度
 (2) 遠視:右眼()度左眼()度
 (3) 散光(+/-):右眼()度左眼()度
 3.其他異常(請註明)

醫師建議處理
 1.點藥治療 2.配鏡矯治 3.更換鏡片 4.遮眼治療 5.配戴隱形眼鏡
 6.定期檢查 (下次回診日期: 年 月 日) 7.月聯型片 8.其他:

115. 2. 11

醫療機構名稱： 眼科醫師簽章： 檢查日期年月日：
 家長聯絡事項： 家長簽名： [簽名]
 回條繳回期限年月日：
 柳營考場醫院
 兒童視力保健中心
 醫師 顏永昌

114 學年度體位異視力矯治單簽名

114 學年度體位異視力矯治單簽名