

學員健康諮詢表

| | | | |
|---|--|------|-------------|
| 姓名 | | 出生日期 | |
| 身高 | | 體重 | 血型 |
| 緊急聯絡人 | | 關係 | 緊急聯絡人 電話 |
| <p>1. 過去一個月來說，您認為您目前的健康狀況是？<input type="checkbox"/>很好 <input type="checkbox"/>好 <input type="checkbox"/>不好</p> <p>2. 過去一個月來說，您認為您目前的心理健康是？<input type="checkbox"/>很好 <input type="checkbox"/>好 <input type="checkbox"/>不好</p> <p>3. 過去一個月內，喝酒行為？<input type="checkbox"/>不喝酒 <input type="checkbox"/>時常喝酒</p> <p>4. 過去一個月內，您曾在運動過程當中昏倒嗎？<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>5. 過去一個月內，常覺得焦慮、憂鬱嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>6. 過去一個月內，常覺得胸悶嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> | | | |
| 最近三年 是否患有 以下疾病 或症狀 | 個人疾病史：勾選您本人曾患過的疾病 | | |
| | <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 暈眩 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎臟病 | | |
| | <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 酒精中毒 | | |
| | <input type="checkbox"/> 低血壓 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 皮膚過敏 | | |
| | <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 過敏(藥物/食物) <input type="checkbox"/> 心理或精神疾病 | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 最近三年 曾經接受 過的(重 大)手術 | <input type="checkbox"/> 是_____ | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 學員簽名 | | | |
| 未滿二十 歲且未結 婚者須法 定代理人 簽名 | | | |
| 日期 | 中 華 民 國 年 月 日 | | |
| <p>註：健康諮詢表內容因涉及個人隱私，本機構將依個資法相關規定妥善保管。</p> | | | |