

健康狀況評估表

第一部分：基本資料

1. 姓 名：	年 齡：_____歲
2. 性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
3. 出生年月日：民國（1. 前 2. 國） 年 月 日	
4. 身份證字號：	
5. 是否有身心障礙手冊：（請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題） （1） <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 （2）a. 障礙類別：1. <input type="checkbox"/> 視覺障礙 2. <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/> 肢體障礙 7. <input type="checkbox"/> 智能障礙 8. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/> 顏面損傷 10. <input type="checkbox"/> 植物人 11. <input type="checkbox"/> 失智症 12. <input type="checkbox"/> 自閉症 13. <input type="checkbox"/> 頑型（難治型）癲癇症 14. <input type="checkbox"/> 多重障礙 15. <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16. <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷） b. 障礙等級 1. <input type="checkbox"/> 輕度 2. <input type="checkbox"/> 中度 3. <input type="checkbox"/> 重度 4. <input type="checkbox"/> 極重度 c. 重新鑑定日期： / /	
6-1. 是否有失能老人證明文件：（請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題） （1） <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 （2）失能程度別： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	

* 本評估表僅供開課調查，個人資料將保密不外流，請安心填寫

第二部分：健康狀況（請☑勾選下列問題）

※

*身體健康狀況調查情形：					
(1)意識狀態： 1. <input type="checkbox"/> 清醒 2. <input type="checkbox"/> 嗜睡 3. <input type="checkbox"/> 混亂 4. <input type="checkbox"/> 其他：					
(2)皮膚狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常；皮膚異常狀況 ① <input type="checkbox"/> 過度乾燥有皮屑 ② <input type="checkbox"/> 淤青 ③ <input type="checkbox"/> 有疹子 ④ <input type="checkbox"/> 傷口（部位： 大小： ；等級： 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性口：) ⑤ <input type="checkbox"/> 其他					
(3)目前是否接受其他特殊照護 1. <input type="checkbox"/> 否 2. <input type="checkbox"/> 是（ ① <input type="checkbox"/> 鼻胃管 ② <input type="checkbox"/> 氣切管 ③ <input type="checkbox"/> 導尿管 ④ <input type="checkbox"/> 呼吸器 ⑤ <input type="checkbox"/> 傷口引流管 ⑥ <input type="checkbox"/> 造瘻部位 ⑦ <input type="checkbox"/> 氧氣治療 ⑧ <input type="checkbox"/> 其他)					
(4)目前飲食型態：1. <input type="checkbox"/> 一般飲食 2. <input type="checkbox"/> 軟質 3. <input type="checkbox"/> 流質 4. <input type="checkbox"/> 特殊治療飲食： 5. <input type="checkbox"/> 其他					
(5)營養狀況評估： 1. 身高： 公分 2. 體重： 公斤 3. BMI： 4. <input type="checkbox"/> 無法評估					
(6)疾病史					
疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. <input type="checkbox"/> 中風		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
2. <input type="checkbox"/> 高血壓		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
3. <input type="checkbox"/> 心臟病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	13. <input type="checkbox"/> 失智症		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
5. <input type="checkbox"/> 消化系統（肝、膽、 腸、胃）		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病（肺結 核、愛滋病、梅毒、B 型肝 炎）		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 治療階段：
6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系統疾病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	17. <input type="checkbox"/> 癌症： 癌		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
			18. <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統（關節炎、骨 折）		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無		

第三部分：身體活動準備問卷（請☑勾選下列問題）

本問卷旨在了解您的健康狀況，以增加體適能活動的安全性；本問卷參考美國運動醫學會（1986）之 Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q) 修正後使用。

如果您是不常運動，或是體重過重者，且在下列問卷中的任何一題回答為「是」的話，為了您的安全，需於在體適能檢測及次週上課運動前，檢附相關醫師證明方可參與運動。

自我評估項目	評估結果	
一、醫生是否告訴您，您的心臟有些問題，您只能作醫師建議的運動？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
二、當您活動時，是否會有胸痛的感覺？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
三、過去幾個月以來，您是否有在未活動的情形下出現胸痛的情況？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
四、您是否曾因暈眩而失去平衡或失去意識的情況？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
五、您是否有骨骼或關節的問題，且可能因活動而更惡化？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
六、您是否有因高血壓或心臟疾病而必須服藥(醫師處方)？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
七、您是否知道您有任何不適合運動的原因？ 請簡述：	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是