

聖雅各福群會  
灣仔綜合家庭服務中心

**健康評估問卷**

參加者姓名：\_\_\_\_\_ 活動名稱：\_\_\_\_\_

為著閣下 / 貴子女\* 有一次愉快的課程/活動，本會希望事先了解你的身體狀況，以保障參加者之安全。懇請閣下就所知的健康資料，回答以下問題，所有資料及內容絕對保密：

問卷內容參考: Canadian Society for Exercise Physiology		是	否
1	醫生曾否說過閣下的心臟有問題，以及只可以進行醫生建議的體能活動？		
2	閣下進行體能活動時是否感到胸口痛或心痛？		
3	過去一個月內，閣下曾否在沒有進行體能活動時也感到胸口痛？		
4	閣下曾否因感到暈眩而失去平衡，或會否失去知覺？		
5	閣下的骨骼或骨節是否有毛病，且會因做運動而惡化？		
6	醫生現時是否有處方血壓或心臟藥物 (例如 water pills) 給閣下服用？		
7	是否有其他理由令閣下不應進行體能活動？請註明：_____		
8	閣下是否對任何藥物、物質敏感及食物敏感？請註明：_____		
9	閣下是否平時極少參與活動，且不慣進行劇烈運動？		
10	如患有下列所列舉的疾病，請☑ (可多於一項) <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 幽閉空間恐懼症 <input type="checkbox"/> 胃病 <input type="checkbox"/> 畏高 <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> 腦癇症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____		
	<input type="checkbox"/> 閣下 <b>沒有</b> 患上列所列舉的疾病。		

如閣下有一條或以上答是或懷孕或可能懷孕，建議與導師及閣下的醫生商討，諮詢有關詳情，再決定是否適合參與是次活動。

**緊急事故通知：** 如有緊急事故，可通知：\_\_\_\_\_  未能提供

(姓名)\_\_\_\_\_ (關係)\_\_\_\_\_ (聯絡電話)\_\_\_\_\_

本人／敝子女願意提供上述資料作 貴機構報名登記、聯絡及向有關機構申請活動之用。以上填報資料全部正確無訛。

參加者 / 家長 / 監護人\* 簽署：\_\_\_\_\_ (簽署者必須為 18 歲以上人士)

參加者 / 家長 / 監護人\* 姓名(請用正楷填寫)：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

備註：

\* 請刪除不適用者。

此<健康評估問卷>可交／寄／傳真(28339940)回本中心