

**社團法人中華民國水適能訓練協會**  
**期 救生員學員健康諮詢表**

|   |  |             |    |
|---|--|-------------|----|
| 姓名  |  | 年齡          |    |
| 身高  | 公分   | 體重          | 公斤 |
| 緊急聯絡人   | 關係   | 緊急聯絡人<br>電話 | 型  |
| <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   | <p>個人疾病史：勾選您本人曾患過的疾病</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>其他 _____ <input type="checkbox"/>無</p> |             |    |
| 最近三年曾經接受過的(重大)手術  | <input type="checkbox"/> 是 _____<br><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  |             |    |

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。