



Outward Bound Taiwan 台灣外展教育中心
 桃園縣龍潭鄉高原村渴望路 428 號 B1
 TEL: 886-3-407-1721 FAX: 886-3-407-1898
 E-mail: obtaiwan@outwardbound.org.tw



身體狀況調查表

學生姓名：_____ 聯絡電話：_____

身高：_____公分 體重：_____公斤 性別：_____ 年齡：_____

台灣外展教育中心訓練的地點在原始環境中，要撤退到有現代醫療設備的醫院可能需要好幾天的時間。自然的環境會是非常險惡的，隊員需要有健康的身體和心理完成此訓練課程，我們將透過此調查表認識你的狀況。

請你仔細閱讀以下的問題，並在”是”或”否”的位置打鉤。回答”是”則加註日期。請特別注意，”是”的狀況並不是無法參加訓練的依據。如果我們對你的調查表有任何問題，我們會跟你討論。

每一位學生都必須詳細且誠實的填寫完此表格，才能完成報名手續。

一般就醫記錄

請問你有或曾經有

- | | |
|-----------------|---|
| 1. 呼吸的問題？氣喘？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 腸胃不適？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 糖尿病？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 高血壓？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 心率不整？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 肝炎？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7. 神經方面的疾病？羊癲風？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8. 暈眩或昏倒？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 9. 偏頭痛？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 10. 心臟病？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 11. 頻尿？泌尿系統的問題？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 12. 其他疾病？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |



肌肉、骨骼的受傷或斷裂

請問你有或在三年內有過

13. 膝蓋、髖部、腳踝、肩膀、手臂、背部受傷（包括扭傷）或手術？ 是 否
 受傷或手術的狀況？怎麼發生的？發生時間，影響程度。
-

過敏的

14. 對蟲咬或蜜蜂過敏？ 是 否
 15. 其他過敏問題？ _____ 是 否

藥物治療

16. 對任何藥物過敏？ 是 否
 如果有，情詳列。 _____
 17. 你會在課程中攜帶何種處方或非處方用藥？ 是 否

請注意：在課程中，教練會攜帶急救包和非處方用藥，但不會攜帶處方用藥。學生必須瞭解個人有需要時，需自行準備，且在不受外力支援的情況下使用處方用藥。

藥名	劑量	副作用	作用

冷、熱、海拔

18. 曾經凍傷或其他併發症？ 是 否
 請說明部位。發生時間與環境。 _____
 19. 曾經發生急性高山症、高山腦水腫、高山肺水腫？ 是 否
 何時何地發生？ _____
 20. 曾經中暑或與熱相關的疾病？ 是 否

體能狀況

21. 你經常運動嗎？

項 目	頻 率	持續時間/距離	等 級
			<input type="checkbox"/> 入門 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 競賽
			<input type="checkbox"/> 入門 <input type="checkbox"/> 中等程度 <input type="checkbox"/> 競賽

22. 你抽菸嗎？一天多少量？ _____ 是 否

23. 游泳能力？ 不會游泳 會游泳不會換氣 可連續游 300 公尺以上

我保證以上我所填寫的內容都是事實，並且清楚的描述了個人的身體狀況。

填寫人簽名： _____ 日期： _____