

## 不老夢想體能檢測暨醫療詢問表

本人\_\_\_\_\_同意進行以下體能檢測與接受專業醫護人員進行醫療詢問，且下列的任何數據與資料，僅作為不老夢想活動參考使用，而所有資料主辦單位也將依個資法規定，予以進行個資保密。

### -----醫療詢問內容-----

內容	記錄
1. 我行動自如，參與活動是沒有問題的	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，需使用拐杖、輪椅行進
2. 我有慢性疾病，並且定期服用藥物（如：心臟病、高血壓等）	<input type="checkbox"/> 是，何種慢性疾病_____ <input type="checkbox"/> 否
3. 健康史、病史	<input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 過敏史_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
4. 視力、聽力狀況	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳
5. 目前是否長期服藥？何種藥物？清楚藥物副作用為何？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 是_____
6. 開刀(心臟節律器、心臟支架、人工關節)、患癌史、重大疾病病史，曾接受過化療？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 是_____ 注意事項:
7. 近半年睡眠狀況，是否需服用藥物？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 是_____
8. 平時有否踏單車的習慣？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有