

體格檢查項目

- 1.視力：兩眼裸視力達0.6以上者，且每眼各達0.5以上者，或矯正後兩眼視力達0.8以上，且每眼各達0.6以上者。
- 2.辨色力：能辨別紅、黃、綠色者。
- 3.聽力：能辨別聲響者。
- 4.四肢：四肢健全無殘缺者。
- 5.活動能力：全身及四肢關節活動靈敏者。

中華民國救生志工聯合會
 年第 期 班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 電話	型

1. 過去一個月來說，您認為您目前的健康狀況是？很好 好 不好
2. 過去一個月來說，您認為您目前的心理健康是？很好 好 不好
3. 過去一個月內，喝酒行為？ 不喝酒 時常喝酒
4. 過去一個月內，您曾在運動過程當中昏倒嗎？ 是 否
5. 過去一個月內，常覺得焦慮、憂鬱嗎？ 沒有 很少 時常
6. 過去一個月內，常覺得胸悶嗎？ 沒有 很少 時常

最近三年是否患有以下疾病或症狀	個人疾病史：勾選您本人曾患過的疾病 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 無
-----------------	---

最近三年曾經接受過的(重大)手術	<input type="checkbox"/> 是 _____ <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。