

# 【身體健康調查表】

所有的活動都是以「選擇性挑戰」為基礎，它的意思就是參與者可以選擇他所要參與的程度。儘管在生命衝擊營中安全是第一優先的考量，但是參與者仍然會有遭受心理或是身體上挑戰的風險。

本營會已經幫所有參與者於活動期間投保國內平安保險，但仍需自行注意自身的健康狀況，若有遇到身體不適之情形，請於第一時間告知營會工作人員。在醫藥狀況的調查中可以幫助營會的工作人員知道您之前的醫藥狀況，並且幫助您決定是否事先和內科醫生諮詢參加營會與否。如果您之前有服用藥物的狀況、曾罹患重大疾病或曾接受過重大手術，請務必於下表填寫清楚並於報名時告知，在營會過程中，您可能會被建議不要參加某些較費力的活動，但並不會影響你參與其他營會活動。本營會團隊不會提供任何藥物給參與者，請參與者務必備足個人隨身藥品。

生命衝擊營籌備團隊鄭重的保證這些資料將被保密，除非經過您的允許才能公開，當你開始填寫以下資料時，表示您已經同意上述說明，請確實填寫，以確保我們在活動過程當中，能評估您參與的狀況及遇到緊急事件時，我們能立即處理您的問題與需要，非常謝謝您的協助與配合。

## 【第一部份】基本資料

姓名			身分證字號		
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	出生日期		
身高		體重		血型	
緊急聯絡人			聯絡方式		

	內 容	是	否
1	您有健康/意外保險嗎？如果有，請寫出保險公司的名稱：_____		
2	您有任何身體上的限制或健康問題或是殘疾（暫時或永久）而使你的醫生認為應該限制你參加營會嗎？請說明以協助我們瞭解：_____		
3	請問您現在有服藥嗎？ 如果有，請描述吃什麼樣的藥和是什麼樣的狀況需要服藥：_____		
4	您有任何過敏症狀（allergies）、藥物反應或是其他的用藥限制嗎？ 是何種過敏狀況與使用何種藥物？：_____		
5	過去這幾年來你有因為任何情況動過手術而可能使您無法參加活動？		
6	請問您現在仍在手術後的後續追蹤療養嗎？如果有，請說明：_____		

## 【第二部分】醫療紀錄

請問您過去是否有下列疾病：

- 心臟病 心肌衰竭    高血壓 胸痛或胸悶    心悸 心跳有雜音  
中風 癲癇    貧血 任何不能從事較費力活動的病症

如果上述疾病您有任何一項打勾的話，如有其他的訊息請提供：\_\_\_\_\_



### 【第三部分】其他因素

	內 容	是	否
1	請問您的家族中有人曾有心臟方面的疾病嗎？		
2	請問您有抽菸嗎？		
3	請問您曾經是個吸菸者嗎？		
4	請問您多久之前停止吸菸？請填寫：_____		

◎請指出哪一個描述最適合代表你有多常運動：

- 一般的生活裏幾乎不運動或者根本不運動
- 規律的運動（例如，20 分鐘跑步、快走或是每個禮拜 3 次或更多的類似運動）

◎是否有其他身體狀況需請大會同工注意的：

\_\_\_\_\_

### 【第四部份】

#### 參與者聲明

1. 我所提供的這些醫藥訊息是可信任、正確且完整的。我瞭解若我對這些訊息有所隱瞞可能會影響我自身的安全，而且我同意若我全然不告知我之前的醫藥史，則必須負起所有在參加生命衝擊營時會遭遇到的傷害。若有任何疾病或傷害，在必要時我同意接受緊急醫療措施、住院或其他的處置。

2. 我瞭解在參加生命衝擊營時可能會有身體或心理上的挑戰。我同意在參加營會的期間，遵照生命衝擊營輔導員的所有安全指示。

3. 若我在參加生命衝擊營會活動中，因無遵照正常操作所受到的傷害與生命衝擊營會籌備同工及營會輔導員無關。

4. 我願意全程參與營會活動，絕不遲到早退，並配合本活動工作人員之指示，進行相關的活動。若有不可抗力之原因需提早離營，需告知工作人員並取得其同意。

#### 物品保管 同意聲明

有關營會須知中規定不能攜帶之物品，我不會攜帶至營會當中，若部分物品仍需攜帶時，我同意於營會進行過程中，接受大會進行暫時保管，直到營會結束後取回。

#### 攝影 / 錄音 同意聲明

我同意生命衝擊事工團隊使用於活動過程中，拍攝活動進行時與人像之照片、影片和聲音的使用與再製的權利。

參與者簽名：\_\_\_\_\_

父母 / 監護人簽名（若學員不滿 18 歲）：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_



**【謝謝您的填寫，將成為這次活動最大的幫助】**