

**博愛醫院陳楷紀念中學**  
**中一暑期銜接課程 - 中一生活體驗日營**

**健康申報表**

為確保安全，本校希望了解參加者的健康狀況，請填寫以下健康申報表，以便協助活動導師瞭解參加者的身體狀況調校合適的訓練內容，**資料只供活動導師使用，並且保密。未滿 16 歲的參加者需要由父母或監護人填寫及簽署。**

姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 准考證編號：\_\_\_\_\_

請在適當的地方填上「✓」號：

你曾經或現在有以下狀況嗎？	沒有	曾有，已痊癒	現正治療中	不確定
心臟病或心血管硬化症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高/低血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸性疾病，如支氣管炎，氣喘病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癲癇症或慣性肌肉抽搐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去三個月骨骼，關節或肌肉曾經受傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他疾病或身體狀況(請列明)	_____			

參加者姓名：\_\_\_\_\_ 參加者簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

備註：如在填妥問卷後對身體狀況仍有疑問，為閣下安全和健康着想，請先詢問醫護人員之專業意見，以確定閣下是否合適參加本活動。

**※ 請填妥後即日投遞於禮堂之回條收集箱，或最遲於 7 月 17 日交還本校校務處。 ※**