

全臺高中聖徒一週成全訓練 個人健康調查表

姓名：_____ B/S：_____

一、您是否有任何身體的殘障：

- ☐ 是：原因：_____ 部位：_____
影響程度：☐ 日常生活可完全自理
☐ 日常生活可部份自理

☐ 否

二、您是否動過手術：

- ☐ 是：病因：_____ 部位：_____
復原程度：☐ 完全沒有後遺症
☐ 有一些後遺症，如_____

☐ 否

三、您有沒有法定傳染病（例如：瘧疾，肺結核，B 型肝炎.....）

- ☐ 是：請說明：_____
☐ 否

四、您是否曾接受 B 型肝炎預防注射？

- ☐ 是，打過幾劑？
☐ 否，原因：(1)本身已有抗体(2)尚未感染病毒，體內也無抗体，(3)本身是帶原者

五、您有沒有對任何藥物過敏：

- ☐ 是：請說明：_____
☐ 否

六、您有沒有對任何食物過敏：

- ☐ 是：那些食物：_____
☐ 否

七、個人疾病史：

- ☐ 高血壓 ☐ 腎病 ☐ 高膽固醇 ☐ 心血管疾病 ☐ 氣喘 ☐ 糖尿病
☐ 肺病 ☐ B 型肝炎 ☐ 消化性潰瘍 ☐ 甲狀腺機能亢進 ☐ 牙周病 ☐ 痛風
☐ 脊椎側彎 ☐ 心律不整 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 貧血 ☐ 癲癇
☐ 常腰酸背痛 ☐ 車禍意外，有無後遺症？_____ ☐ 其他_____

八、家族疾病史：

- ☐ 高血壓 ☐ 高膽固醇 ☐ 心血管疾病 ☐ 糖尿病 ☐ 攝護腺肥大
☐ 結核病 ☐ 中風 ☐ 肝炎 ☐ 癌症_____ 癌 ☐ 其他_____

九、您曾看過精神科門診嗎？

- ☐ 沒有，沒有這方面的需要
☐ 曾想過，但未成行
1、您的困擾是什麼？_____
2、您如何解決？
☐ 與弟兄姊妹交通
☐ 自己找相關資訊（張老師月刊，心理系列叢書等）
☐ 尋求諮商（心理輔導機構或人員，如張老師、生命線等）
☐ 其它_____
3、根據 2.題您滿意嗎？
☐ 非常滿意，再也不受攪擾 ☐ 還可以，暫時不受影響
☐ 很好，大部分問題都解決了 ☐ 沒有改善
☐ 有（醫院，科診，醫師）_____
1、您的症狀是什麼？_____
2、醫生給您的診斷？_____

3、您接受什麼治療？

☐藥物：☐其他：

☐唔談：幾次？

4、您的現況？

十、1. 您是否會對某些對象（如蛇、狗、醫師）、某些行動（如上台演講）、某些特殊處境（如被關在電梯裏，坐飛機、黑暗...）發生過分恐懼現象。

☐是，在何種情況下。請續答第二題。

☐否

2. 您是否會心跳呼吸短促、出冷汗、四肢發抖等生理現象，而且企圖逃避引起恐懼的對象或處境？

☐是

☐否

十一、您會否在沒有生命危險的處境下反覆性發生恐慌狀態（三週內至少三次以上），如極端不安、焦慮、恐慌且附帶呼吸短促困難、心跳、出汗、發抖、頭暈、怕死或怕發瘋等現象？

☐是

☐否

十二、您有否強迫性思想衝動或行為重覆發生，無法控制，而影響平常生活。

☐是

☐否

十三、您是否會呈現極端高興，閒不下來，說話滔滔不絕，有時有誇大妄想，食慾增加、非常熱情等情緒，至少連續一週之久？

☐是

☐否

十四、您是否會情緒低落、悲觀、消極，做任何事都提不起興趣來，行動遲緩，常常坐著發呆，變得沈默寡言，思考缺少活力，食慾減低，至少連續兩週之久？

☐是

☐否

十五、您的睡眠狀況／體力如何？

☐在有空調的房間無法入睡 ☐需要很長時間的睡眠（大於 10 小時） ☐入睡困難

☐我愈來愈容易疲倦 ☐易醒 ☐不管我做任何事，都容易疲倦

☐早醒（無法再入睡） ☐我身體太虛弱以致無法做任何事 ☐早上醒來總是疲累

☐其他睡眠障礙：

若有，請說明(1)發生原因或在何種情況下發生(2)發生頻率(3)症狀持續多久(4)嚴重程度(5)現在是否還有（請務必詳細填寫）

十六、您是否曾有以下症狀？若有，請說明(1)發生原因或在何種情況下發生(2)發生頻率(3)症狀持續多久(4)嚴重程度(5)現在是否還有（請務必詳細填寫）

☐皮膚紅疹

☐頭痛

☐暈眩（暈車、暈船除外）

☐眼睛紅腫或畏光

☐耳鳴

☐習慣性流鼻血

☐喉嚨痛

☐咳嗽

☐發燒

☐呼吸急促或困難（有窒息感）

☐心悸或心律不整

☐胸悶或胸痛

☐食慾不佳

☐噁心、嘔吐

☐急性腹瀉

☐胃痛

☐類似癲癇發作

☐貧血

☐容易瘀青

☐昏倒（意識不清）

☐其他身體不適的症狀？

☐婦科問題（弟兄免填）

☐您害怕在訓練中心，您身體那一點可能會構不上？

★ 緊急事故時應通知：

姓名：_____關係：_____

地址：_____電話：_____

「願你們的靈與魂與身子得蒙保守…」（帖前五:23）