**「2019 秋季冒險共學課」**會設計體驗探索活動以教導孩子分辨安全與危險、設定目標並努力達成與玩的開心。而這些活動是專門為具有基本身體健康狀況的人所設計。

儘管在活動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。

所有來參加**「2019 秋季冒險共學課」**的參與者都必須要有健康或是意外保險。在醫藥狀況的調查中可以幫助工作人員知道之前的醫藥狀況，並且幫助您決定是否事先和醫生諮詢參加活動與否。如果您之前有服用藥物的狀況，可能會被建議不要參加某些較費力的活動。**都市人基金會**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。

【第一部份】基本資料

姓名： 性別： 男 □ 女 □ 職業：

電話： E-mail：

1、您有 健康 / 意外保險 嗎？（請勾選）----------------------------------------------------否 □ 是 □

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體驗冒險教育活動嗎？（請勾選）----------------------------------------------否 □ 是 □

如果有，請說明以協助我們了解：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3、請問您現在有服藥嗎？（請勾選）--------------------------------------------------------------否 □ 是 □

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？（請勾選）---否 □ 是 □

如果有，請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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課程？（請勾選）

--------------------------------------------------------------------------------------------------------否 □ 是 □

6、請問您現在仍在手術後的後續追蹤療養嗎？（請勾選）-----------------------------------否 □ 是 □

如果有，請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7、如果有傷害或意外事件，請詳述必須聯絡誰？

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_\_ 家裡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【第二部分】醫療紀錄

8、請問您過去是否有下列疾病：

* 心臟病 □ 心肌衰竭 □ 高血壓 □正在治療高血壓 □ 胸痛或胸悶
* 心悸 □ 心跳有雜音 □ 任何不能從事較費力活動的病症 □中風

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

【第三部分】其他因素

9、您有糖尿病嗎？------------------------------------------------------------------------------------否 □ 是 □

請問您的家族中有人曾有心臟方面的疾病嗎？--------------------------------------------否 □ 是 □

如果有，請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10、您有抽煙嗎？----------------------------------------------------------------------------------------否 □ 是 □

11、您曾經是個吸煙者嗎？----------------------------------------------------------------------------否 □ 是 □您多久之前停止吸煙？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12、請指出哪一個描述最適合代表你有多常運動：

* 一般的生活裡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）

**13、請問經過評估後您認為自己是否可以參加？**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------否 □ 是 □

【第四部份】參與者聲明

我宣誓，我所提供的這些醫藥訊息是可信任、正確且完整的。我了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**「2019 秋季冒險共學課」**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。

我了解在參加**「2019 秋季冒險共學課」**時可能會有身體或心理上的挑戰。我同意在參加活動課程的期間，遵照工作人員的所有安全指示。我認同在參加活動過程中總會有一些受傷的可能，並聲明若我在參加過程中因不正常操作所受到的傷害與**「2019 秋季冒險共學課」**之訓練員和領導者無關。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **參加者姓名** |  | **法定代理人簽名（未滿18歲學員需請法定代理人簽名）** |  |
| **學校／單位** |  | **活動名稱** | **2019 秋季冒險共學課** |
| **活動日期** | 2019年 9 月 25 日 | **填表日期** | 　2019年 月　　日 |