

109 年度中臺科技大學樂齡大學報名表

| | | | | |
|--|---|----------------------------|--|---------------|
| 姓 名 | | | | 請粘貼二吋 照片一張 |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | | |
| 出生年月日 | 民國 年 月 日，_____歲 | | | |
| 電 話 | 住宅：() 手機： | | | |
| 聯 絡 地 址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| E-mail 信箱 | 膳食習慣 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 素食 | | | |
| 學歷 | <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 | | | |
| 專 長 | <input type="checkbox"/> 唱歌 <input type="checkbox"/> 書法 <input type="checkbox"/> 國畫 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 手工藝 <input type="checkbox"/> 舞蹈(可複選) <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |
| 電腦應用能力 | <input type="checkbox"/> 完全不會使用 <input type="checkbox"/> 略懂 <input type="checkbox"/> 熟練 <input type="checkbox"/> 精通 | | | |
| 報名本次活動為 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自行參與 <input type="checkbox"/> 與配偶同行(配偶姓名：_____) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 與親友同行(親友姓名：_____) | | | | |
| 參與本課程的動機： | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自我充實 <input type="checkbox"/> 認識新朋友 <input type="checkbox"/> 交通方便 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | |
| 對本課程之期待： | | | | |

請翻頁

健康狀況調查表

本活動大部份時間在中臺科技大學校園內進行，部份時間會安排至校外進行文化體驗及機構參訪。為確保活動期間您的安全，我們希望對您的健康狀況多一點了解，作為課程活動調整之參考。請確實填寫本調查表，內容我們絕對保密，謝謝合作！

| | | |
|-----------------|--|----------------------------|
| 姓名： | 性別： | 年齡： 歲 |
| 1.請自評您的健康狀況 | <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 差 | |
| 2.指定之醫療院所 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(醫療機構名稱)：_____ | |
| 3.您是否有規律運動的習慣? | <input type="checkbox"/> 是，您的運動是：_____ <input type="checkbox"/> 慢跑 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 健走 <input type="checkbox"/> 球類運動 <input type="checkbox"/> 瑜珈 <input type="checkbox"/> 養生操 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否，原因：_____ | |
| 4.您最近一年內曾否住院過? | <input type="checkbox"/> 是，原因：_____ <input type="checkbox"/> 否 | |
| 5.您是否需要定期服用藥物? | <input type="checkbox"/> 是，目前服用的藥物為：_____ <input type="checkbox"/> 否 | |
| 6.您是否曾接受過外科手術? | <input type="checkbox"/> 是，原因：_____ <input type="checkbox"/> 否 | |
| 7.您目前是否有以下健康狀況? | <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 腰椎疾病 <input type="checkbox"/> 無法久站 <input type="checkbox"/> 退化性關節炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無 | |

本人同意健康狀況調查表內容作為「樂齡大學」計畫健康評估之依據，所填答內容本人已確認無誤，也認為自己的健康情形適宜參加本次活動。(填寫好以上資料，閱讀並同意注意事項後，請於下方簽署)

參加者親自簽名：_____

日期： 年 月 日