



# 高雄醫學大學



## 107 學年度「樂齡大學二年級」報名表

姓 名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	請粘貼二吋 照片一張				
身分證字號										
出生日期	民國	年	月	日						
電 話	住宅：( )			手機：						
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Email 信箱										
緊急聯絡人				關係			電 話			
退休前職業	服務單位：			職稱：						
學 歷	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所以上 畢業學校：									
個資蒐集告知內容	<p>高雄醫學大學為協助學員進行報名相關作業之目的，需蒐集您的姓名、性別、身分證字號、電話、地址、出生年月日等個人資料(辨識類：C001、C003、C011、C023、C038、C051)，作為就學期間及台灣地區內進行聯繫，本報名表將保存1年。本校於蒐集您的個人資料時，若您不願意提供真實且完整的個人資料或有欄位未填寫，則可能對您的報名作業及參與本課程之權益有所影響。如欲行使其他個人資料保護法第3條的當事人權利，請洽本校教務處推廣教育中心。本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容。</p> <p style="text-align: right;">學員簽名：_____</p>									
學 號		應收 金額	107-1	2,500 元	承辦 人簽 章		收 費 簽 章			
課程代碼	94102002		107-2	2,500 元						

背面尚有資料需填寫

# 高雄醫學大學

## 107 學年度「樂齡大學」學員健康狀況調查表

為確保您於課程期間的安全，我們希望對您的健康狀況多一點了解及參考。請確實填寫本調查表，其內容絕對保密，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 (平日看病醫院)	<input type="checkbox"/> 有：_____ <input type="checkbox"/> 無		
3.您是否有規律運動的習慣	(1) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(若選否，請跳至第4題) (2)頻率為： <input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 隔日 <input type="checkbox"/> 偶而、不定期 (3)您的運動是(可複選)： <input type="checkbox"/> 慢跑 <input type="checkbox"/> 瑜珈 <input type="checkbox"/> 健走 <input type="checkbox"/> 球類運動 <input type="checkbox"/> 游泳 <input type="checkbox"/> 體適能 <input type="checkbox"/> 養身操 <input type="checkbox"/> 氣功 <input type="checkbox"/> 騎腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他_____		
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，目前服用藥物為治療_____病 <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"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆症 <input type="checkbox"/> 暈眩 <input type="checkbox"/> 重聽 <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」課程健康評估之依據，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課程，且願自負與課程相關之意外風險。(填妥以上資料，閱讀並同意注意事項後，請於下方簽署)

立切結書人：\_\_\_\_\_ (請親簽)

日期：107 年 月 日