

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)