**給病人：請填寫以下表格，如有需要可請他人協助填寫。填妥後請讓家庭醫生簽字。**

多元文化衛生服務處 地點

請將本表格交給多元文化衛生服務處的計劃協調人（Programme Coordinator）

電話：

|  |
| --- |
| 活動前問卷 內容保密 |

英文姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年齡\_\_\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ 性別 M（男）/ F（女）

地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_郵遞區號\_\_\_\_\_\_

電話 (家)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(手機)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (工作)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

緊急事故聯絡人姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

你以往是否曾經或目前是否患有：

A部份

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高血壓 | 是/否 | 胃/十二指腸潰瘍 | 是/否 |
| 低血壓 | 是/否 | 肝臟/腎臟疾病 | 是/否 |
| 高膽固醇/三酸甘油脂 | 是/否 | 糖尿病 | 是/否 |
| 胸悶/胸痛 | 是/否 | 癲癇 | 是/否 |
| 風濕熱 | 是/否 | 疝氣 | 是/否 |
| 任何心臟/中風有關疾病 | 是/否 | 抑鬱症或焦慮症 |  |
| 骨質疏鬆 | 是/否 | 呼吸困難或哮喘 | 是/否 |
|  |  | 關節炎 | 是/否 |

B部份

|  |  |
| --- | --- |
| - 是否有親人在65歲以前罹患心臟病、中風或高膽固醇的家族史？ | 是/否 |
| - 您是否吸香煙、煙斗或雪茄？ | 是/否 |
| - 您每日或每週飲多少酒？ |  |
| - 您是否有肌肉疼痛或痙攣？ | 是/否 |
| - 您是否曾受過重大外傷？  請說明詳情 | 是/否 |
| - 您是否曾做過運動？  有多頻繁？ 上次運動是什麼時候？ | 是/否 |

C 部份

|  |  |
| --- | --- |
| - 您是否曾接受過重大手術？  如果是，請說明何時接受手術以及為何接受手術。 | 是/否 |
| - 您是否目前或曾經出現感染或罹患傳染性疾病？  請說明詳情 | 是/否 |
| - 您是否還有其他健康情況可能限制您參與活動計劃？  說明詳情 | 是/否 |

D部份

|  |  |
| --- | --- |
| 疼痛處 |  |
| 疼痛持續時間 | 3-6個月 ⃝ 6-12個月 ⃝ 1-2年 ⃝ 2-5年 ⃝ 5年以上⃝ |
| 疼痛類型 | 灼熱 ⃝ 隱痛 ⃝ 持續疼痛 ⃝ 間歇疼痛 ⃝ |
| 您的主要疼痛最初如何開始？ | 手術後 ⃝ 車禍 ⃝ 在學校/工作場所受傷 ⃝ 與癌症有關 ⃝ 其他 ⃝ |

**For GP to complete (本欄由家庭醫生填寫)**

|  |  |
| --- | --- |
| List all the medications taken (include all prescription, traditional and over-the-counter medicines) |  |
| Medicine name (as on the label) | Medicine strength (as on the label) and dose |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In my opinion, there is no medical reason why I should not take part in the exercise program.

I understand that all safety precautions will be observed and I accept that there is a small risk associated with undertaking any exercise program. I have completed this form and I understand it. I will notify the Multicultural Health Worker and my instructor of any changes to my health by completing a new questionnaire.

我認為沒有任何健康因素使我應該避免參加活動計劃。

我明白我需要遵守所有的安全規定，也明白參與任何運動項目都會涉及小量風險。我已經填妥這份表格，也明白表格的內容。一旦我的健康狀況發生改變，我會重新填寫一張新的表格，以此通知多元文化衛生服務人員以及我的指導員。

參與者簽名SIGN PARTICIPANT:……………………………………………………….日期DATE:……………………………………………….

證人簽名SIGN WITNESS:…………………………………………………………… 日期DATE:……………………………………………...……

我同意多元文化衛生服務可以與我的家庭醫生聯絡，我的家庭醫生是……………………………. I give my consent for the service to contact my GP …………………………………………………..

**\* 如果您在A區有回答“是”，請將本問卷表交由家庭醫生或其他醫療人員簽字。Please have this form signed by a GP or health professional if you have answered yes in section A.**

HEALTH PROFESSIONAL APPROVAL Signed:…………………………………….Date:……………………………..

Health Professional Title e.g. General Practitioner/Physiotherapist:……………………………………………………

Name………………………………………………………………..Contact Ph:……………………………………………………………

Address……………………………………………………………………………………………………..Postcode:……………………..

Published Apr 2017. ACI/D23/858 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016