

中原大學辦理 105 學年度「樂齡大學第七期」報名表

姓 名				請粘貼二吋 照片一張
身分證字號		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	□□□			
E-mail 信箱			膳食習慣	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 素食
退休前職業	服務單位：		職稱：	
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_____			
如何得知 本 課 程	<input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 本中心簡章資訊 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 廣播節目 <input type="checkbox"/> 舊學員 <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			
志 工 經 驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明_____			
參與本課程 的 動 機	<input type="checkbox"/> 子女安排 <input type="checkbox"/> 拓展生活圈 <input type="checkbox"/> 增加知識 <input type="checkbox"/> 健康養生			
對本課程之 期 待	(請務必填寫)			
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：_____)				
是否有意願參與本校樂齡大學自主學習社團？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
是否參加過樂齡大學課程： <input type="checkbox"/> 是：學校：_____ <input type="checkbox"/> 否				

中原大學辦理 105 學年度「樂齡大學第七期」學員健康狀況調查表

本活動大部份時間在中原大學校園內進行，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. 可行不動不需扶持，無照護需求？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，需照護需求		
3. 指定之醫療院所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 桃園署立醫院 <input type="checkbox"/> 天晟醫院 <input type="checkbox"/> 壠新醫院 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
4. 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 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否，原因：_____		
5. 您最近一年內曾否住院過？	<input type="checkbox"/> 是，原因：_____ <input type="checkbox"/> 否		
6. 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		
7. 您是否曾接受過外科手術？	<input type="checkbox"/> 是，原因：_____ <input type="checkbox"/> 否		
8. 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		
9. 是否對食物過敏或因服用藥物而不可攝取的食物	<input type="checkbox"/> 有，原因：_____ <input type="checkbox"/> 沒有		

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