

運動安全問卷

本問卷旨在了解您的健康狀況，以增加體適能活動的安全性；本問卷參考美國運動醫學會（1995）之 Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)，修正後使用。如果您是不常運動，或是體重過重者，且在下列問卷中的任何一題回答為「是」的話，那麼為了您的安全，在體適能檢測及運動前，務必請示醫師，並經同意或治療後，告知檢測人員，才能施行。

- | | 是 | 否 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 一、醫師曾告訴你，你的心臟有問題嗎？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 二、你經常感覺胸部疼痛嗎？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 三、你經常感覺虛弱或頭昏眼花嗎？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 四、你的血壓過高嗎？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 五、醫師曾告訴你，你患有因運動而惡化的
骨骼關節問題嗎（例如：關節炎）？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 六、有其他上述未提及而不能參加運動的理由嗎？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 理由：_____ | | |
| 七、你是否已超過四十歲且不習慣於激烈運動嗎？..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

時間：

簽名：