

體適能檢測紀錄表(65歲以下)

110.04 版

檢測地點：

檢測日期： 年 月 日

身分證字號		姓名	
生日 年 月 日		手機或家用電話	
身體組成	血壓測量		身高(cm)
	收縮壓/舒張壓(mmHg)	心跳	
			體重(kg)
	腰圍(cm)		
	臀圍(cm)		
		三頭肌皮脂厚度測試(mm)	
類別	檢測項目	結果	評級
柔軟度	坐姿體前彎	cm	不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好
肌耐力	仰臥起坐 屈膝仰臥起坐	次	不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好
	★握力(請勾慣用手) □右手 □左手	kg	不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好
心肺耐力	3 分鐘登階 心肺耐力指數		不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好

檢測員：_____

彰化縣政府 彰化縣衛生局 關心您

運動安全評估表

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(1986)之 Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)，修正後使用。如果您是不常運動或體重過重者，且在下列問題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，才能執行檢測。

自我評估項目	評估結果
1. 醫生是否告訴您，您的心臟有些問題，您只能做醫師建議的運動？	☐ 否 ☐ 是
2. 您是否曾在您從事體能活動時出現胸痛的現象？	☐ 否 ☐ 是
3. 過去幾個月以來，您是否有在未活動的情形下出現胸痛的情況？	☐ 否 ☐ 是
4. 您是否曾因暈眩而失去平衡或失去意識的情況？	☐ 否 ☐ 是
5. 您是否有骨骼或關節的問題，且可能因活動而更惡化？	☐ 否 ☐ 是
6. 您是否有因高血壓或心臟疾病而必須服藥(醫師處方)？	☐ 否 ☐ 是
7. 您是否知道您有任何不適合運動的原因請簡述：	☐ 否 ☐ 是

體適能檢測同意書

我已經瞭解本次體適能檢測的流程與內容，對於參與本次檢測：

☐ 我同意參與，且願意承擔檢測風險。

☐ 我不同意，因為經醫生診斷不宜從事體適能檢測，並檢附醫生證明。

☐ 我不同意，因為_____，所以現在無法參加，並擇期檢測。

簽 名：_____

體適能檢測紀錄表(65歲以下)

110.04 版

檢測地點：

檢測日期：

年 月 日

身分證字號		姓名	
生日		手機或家用電話	
身體組成	血壓測量		身高(cm)
	收縮壓/舒張壓(mmHg)	心跳	
			體重(kg)
	腰圍(cm)		
	臀圍(cm)		
		三頭肌皮脂厚度測試(mm)	
類別	檢測項目	結果	評級
柔軟度	坐姿體前彎	cm	不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好
肌耐力	仰臥捲腹 屈膝仰臥起坐	次	不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好
	★握力(請勾慣用手) ☐ 右手 ☐ 左手	kg	不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好
		衰弱肌少症高風險：男：<26 公斤 女：<18 公斤	
心肺耐力	3 分鐘登階 心肺耐力指數		不好 / 稍差 / 普通 / 尚好 / 很好

運動安全評估表

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(1986)之 Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)，修正後使用。如果您是不常運動或體重過重者，且在下列問題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，才能執行檢測。

自我評估項目	評估結果
1. 醫生是否告訴您，您的心臟有些問題，您只能做醫師建議的運動？	☐ 否 ☐ 是
2. 您是否曾在您從事體能活動時出現胸痛的現象？	☐ 否 ☐ 是
3. 過去幾個月以來，您是否有在未活動的情形下出現胸痛的情況？	☐ 否 ☐ 是
4. 您是否曾因暈眩而失去平衡或失去意識的情況？	☐ 否 ☐ 是
5. 您是否有骨骼或關節的問題，且可能因活動而更惡化？	☐ 否 ☐ 是
6. 您是否有因高血壓或心臟疾病而必須服藥(醫師處方)？	☐ 否 ☐ 是
7. 您是否知道您有任何不適合運動的原因請簡述：	☐ 否 ☐ 是

體適能檢測同意書

我已經瞭解本次體適能檢測的流程與內容，對於參與本次檢測：

☐ 我同意參與，且願意承擔檢測風險。

☐ 我不同意，因為經醫生診斷不宜從事體適能檢測，並檢附醫生證明。

☐ 我不同意，因為_____，所以現在無法參加，並擇期檢測。

簽名：_____

檢測員：_____

彰化縣政府 彰化縣衛生局 關心您