



指導員筆記	
只供內部填寫	後續/批准

參與人保密病歷
 Outward Bound California
 1539 Pershing Drive San Francisco, CA 94129
 (電話) 415.933.6222
 (傳真) 866.404.1510

本表格可以在網上填寫以及可以接受電子簽名。如果您選擇手寫填入表格，請使用藍色或黑色筆。

第一部分 基本信息 計畫/課程 _____ 開始日期 _____

申請人		
姓名:	計畫開始時的年齡:	出生日期:
地址:		身高 (英尺寸):
城市/州/郵編:		體重 (磅):
家庭電話:	血壓 (課程開始前 6 個月) 血壓: 測量日期: 可到當地的雜貨店或藥房裏所提供的設備測量。	
移動電話:		
電子郵箱:		
性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
家長/監護人 (如果申請人未滿 18 歲)		
姓名:	電子郵箱:	
與申請人關係:	職業:	
地址:	城市/州/郵編:	
電話號碼 1:	電話號碼 2:	
家長/監護人 (如果申請人未滿 18 歲)		
姓名:	電子郵箱:	
與申請人關係:	職業:	
地址:	城市/州/郵編:	
電話號碼 1:	電話號碼 2:	
緊急事件聯繫人 (家長/監護人以外)		
姓名:	與申請人關係:	
電話號碼 1:	電話號碼 2:	
種族背景 (非強制性填寫)		
<input type="checkbox"/> 亞洲裔	<input type="checkbox"/> 白種人	<input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民
<input type="checkbox"/> 混血兒	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋島裔	<input type="checkbox"/> 不清楚
<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔	<input type="checkbox"/> 非洲裔	<input type="checkbox"/> 其他:
簽名要求		
申請人同意向 OUTWARD BOUND 計畫提供本表格所填寫的信息及任何必須的緊急麻醉，手術，住院或其它治療（緊急與非緊急）。全部信息將會保密，除必須向醫療或其它機構透露的關於我（或我的孩子）的信息以外。我同意負擔所有治療，包括隔離的費用。如果 OUTWARD BOUND 為我（或我的孩子）在醫療機構安排的治療，我授權於 OUTWARD BOUND，讓其可以將我（或我的孩子）的信息，我（或我的孩子）的情況提供給醫療機構。多年來，許多擁有各種醫療或精神問題的學生成功地完成了我們的計畫，可是我們必須知道他們的情況。如果沒有向我們提供這些信息的話可能會嚴重的危害到您（或您的孩子）以及其他學生。我明白我（或我的孩子）可能到達偏僻的地區，距離任何醫療機構幾個小時或幾天之遠，溝通，交通，或隔離將會延誤。如果您（或您的孩子）在參加本計畫之前就已經有醫療上，行為上，或精神上的情況，可是沒有在您的病歷表格上清楚注明，您將會因為這些情況而不能充分參加、或會被強制驅逐離開計畫，還有可能會被罰隔離款項以及可能無法收取全數學費退款。		
申請人簽名	您必須簽署英文版本，并受其約束。	日期
家長/監護人簽名		日期
(如果申請人不滿 18 歲或申請人來自阿拉巴馬州或內布拉斯加州以及未滿 19 歲或申請人是密西西比州居民以及未滿 21 歲)		

第二部分 參與人歷史：過去及目前的醫療問題

A.

如果以下任何一項您的回答是“是”的

話，請在下列提供解釋。包括：

■ 產生的特別症狀

■ 這種症狀/情況多久會發生一次

■ 這種症狀/情況會維持多久

■ 您怎麼處理這種症狀/情況

■ 上一次發生的日期

■ 任何限制

#	情況	是	否	詳細描述（如有限制請注明）
1	高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	心臟病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	心雜音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	不規則心率/心跳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	心臟病發作家庭病史	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	胸痛/胸壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	循環問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	凍瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	中暑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	頻繁的頭暈/昏暈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	高山症病史	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	頭痛/偏頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	頭部創傷造成的神經功能缺損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	肺結核/肺結核檢測呈陽性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	哮喘症或 COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	肝炎或肝炎病史	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	萊姆關節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	痙攣犯病/癲癇症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	6 個月內有痙攣犯病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	血質不調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	鐮狀細胞性貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	鐮狀細胞性特徵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	低血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	癌症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	甲狀腺問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	胃腸性問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	特殊飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	食物過敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	腎臟問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	泌尿道問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	尿床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	骨科問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	一年內曾有骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	聽力損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	視力損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	皮膚問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	暈動病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	夢遊症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	月經問題（嚴重）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41	懷孕中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	醫療器材/設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	其它	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44	其它	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B. 過敏 – 包括對藥物，食物，昆蟲叮咬，環境等過敏

<input type="checkbox"/> 沒有 (或右邊的 明細表)	過敏 (在下面列出)	反應 (在下面列出)	必需的藥物 (如有)

C. 目前使用的藥物

如果是精神科藥物，請列出在過去 3 個月內任何使用過或替換過的藥物。請列出任何非處方藥物，吸入器，草藥補給品等。

<input type="checkbox"/> 沒有 (或右邊的 明細表)	藥物 (在下面列出)	使用原因 (症狀/情況)	使用量 (大小/頻率)	開始日期	現副作用 (如有)	

注：如果您在使用處方藥物，您必須攜帶原配方的瓶子還有醫生的使用說明。如果可以，請攜帶雙份。如果以上信息有所改變，請與 OUTWARD BOUND 聯繫。

D. 住院/突發事件/急救

請列出任何一年以內所到診過的醫院，精神科，或急救中心

<input type="checkbox"/> 沒有 (或右邊的 明細表)	到診/收院日期	原因	逗留時長

E. 免疫接種

我們建議所有的參與人注射當前的破傷風免疫接種（10 年以內）。

