

## 2017 身體活動準備度問卷 (2017PAR-Q+)

### 給全民的身體活動準備度問卷

規律的身體活動可以兼具樂趣、促進健康與促使人們逐漸轉變成每日、甚至每週的動態生活，動態的生活對大多數人是非常安全的。此份問卷將協助你知道是否必須在開始從事身體活動前，詢問醫師或經認證的運動專業人員相關建議。

第一部分－基本健康狀況			
請仔細閱讀以下七道題目且誠實地回答，並勾選是或否		是	否
1	醫師曾說過你有心臟的疾病□或高血壓□嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	當你休息時、日常活動或從事運動時，你會感覺到胸痛嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	你曾因為暈眩而失去平衡或是在過去的 12 個月內曾經失去意識嗎？（若是因過度換氣，包含費力運動所導致的暈眩，請回答「否」）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	你是否曾被診斷罹患其他慢性疾病？（除了心臟疾病與高血壓以外）請列出：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	你最近有在服用慢性疾病的處方用藥？請列出：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	你有骨頭或關節的問題（如膝蓋、腳踝、肩膀或其他部位），可能因為更多的身體活動而使情況惡化嗎？如果你有關節問題的過往病史，但並不影響你最近的身體活動，請回答「否」請列出：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	醫師曾說你只能在醫務監督下進行身體活動嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 回答皆為「否」：

若你針對以上回答，回答皆為「否」，則你確定可以從事身體活動的。

請直接跳至第三部分簽署表格，無需完成第二部分。

- > 以緩慢且漸進的方式，開始進行更多的身體活動。
- > 可依循符合你年紀的國際身體活動指引([www.who.int/dietphysicalactivity/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/))
- > 你可以參與健康體適能測驗評估。
- > 如果你超過 45 歲且沒有規律進行費力身體活動的習慣，請在進行費力運動前，諮詢經認證的運動專業人員。
- > 如果你有任何問題，詢問經認證的運動專業人員。

#### 回答有任一個或一個以上為「是」：

請直接至第二部分完成表格

若有下列狀況，請暫緩增加更多的身體活動量：

回答皆為「否」：

- ＞ 你因為短期的疾病（如感冒、發燒）感到身體不舒服，應等待康復再進行。
- ＞ 如果你懷孕，在增加活動量前，請諮詢醫師或經認證的運動專業人員，或/並完成 ePARmed-X 問卷([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com))。
- ＞ 如果你的健康狀況改變，在繼續任何身體活動計畫前，請先回答此份問卷第二部分的問題，或/並與醫師或經認證的運動專業人員討論。

## 第二部分—慢性疾病狀況

請仔細閱讀以下每道題目且誠實地回答，並勾選是或否		是	否
1	你有關節炎、骨質疏鬆症或背部問題嗎？	<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 1a-1c	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 2
	1a. 醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1b. 你有關節痛、近期骨折、骨質疏鬆或癌症導致的骨折、脊椎錯位（如脊椎滑脫）或/和椎弓解離（一種背部脊柱的骨環斷裂狀況）嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1c. 你有注射類固醇或服用類固醇藥物超過 3 個月嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	你有罹患癌症嗎？	<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 2a-2b	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 3
	2a. 你被診斷出罹患肺癌/支氣管癌、多發性骨髓瘤（漿細胞的癌症）、頭部或頸部相關癌症嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2b. 你正在接受癌症治療嗎？（如化學治療或放射治療）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	你有罹患心血管疾病嗎？ 包含：冠狀動脈疾病、心臟衰竭、經診斷的心律不整。	<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 3a-3e	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 4
	3a. 醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3b. 你有心律不整情況而需要用藥物治療嗎？（如：心房顫動、心室早期收縮）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3c. 你有慢性心臟衰竭的狀況嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3d. 你被診斷有冠狀動脈（心血管）疾病且已經至少 2 個月沒有進行規律的身體活動了嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第二部分－慢性疾病狀況

4	你有罹患高血壓嗎？		<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 4a-4b	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 5
	4a.	醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4b.	你休息時的無論是否服藥，血壓平均高於 160/90 毫米汞柱嗎？（若不知道你的血壓，請回答「是」）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	你有代謝相關疾病嗎？ 包含：第一型糖尿病、第二型糖尿病、糖尿病前期		<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 5a-5e	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 6
	5a.	你經常在飲食、藥物及醫師處方的治療下對控制血糖值有困難嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5b.	你經常在運動或日常身體活動時出現低血糖的徵象及症狀嗎？ 包含：顫抖、緊張、易怒、異常盜汗、頭昏或頭暈、精神錯亂、口齒不清、虛弱或困倦。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5c.	你有糖尿病併發症嗎？（如：心臟/血管疾病、眼睛症狀、腎臟問題以及腳趾、腳掌的感覺異常）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5d.	你有其他代謝疾病嗎？（如：妊娠糖尿病、慢性腎病、肝臟疾病）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5e.	你有在最近計畫從事極度費力的運動嗎？		
6	你有精神心理相關問題或學習障礙嗎？ 包含：阿茲海默症、癡呆症、憂鬱、焦慮、飲食失調、精神失常、智能障礙、唐氏症。		<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 6a-6b	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 7
	5a.	醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5b.	你有唐氏症以及因背部狀況導致的神經、肌肉問題嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第二部分－慢性疾病狀況

7	<p>你有呼吸相關疾病嗎？ 包含：慢性阻塞性肺病、氣喘、肺動脈高壓氣。</p>		<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 7a-7d	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 8
	7a.	<p>醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7b.	<p>醫師曾說過你在休息、運動時的血氧濃度過低，而需要接受氧氣治療嗎？</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7c.	<p>若你有過敏，近期是否感受到胸悶、呼吸有喘鳴聲、呼吸困難、常態性咳嗽（每週超過 2 天）或者過去一週超過 2 天需要使用急救藥物？</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7d.	<p>你被診斷出肺部血管的血氧偏高嗎？</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<p>你曾經脊椎損傷嗎？ 包含：四肢癱瘓麻痺、半身不遂。</p>		<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 8a-8c	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 9
	8a.	<p>醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8b.	<p>你有低血壓導致的暈眩、輕微頭痛或昏倒狀況嗎？</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8c.	<p>你被診斷有突發性的高血壓嗎？（如：自主神經反射異常）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<p>你曾經中風嗎？ 包含：短暫性腦缺血發作（俗稱小中風）、腦中風。</p>		<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 9a-9c	<input type="checkbox"/> 若為否，請直接跳至題目 10
	9a.	<p>醫師開立了藥物與其他治療處方，還是難以控制你的病況嗎？（若近期無接受藥物或其他治療，請回答「否」）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9b.	<p>你在行走與行動上有問題嗎？</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9c.	<p>你在 6 個月內曾經中風、神經或肌肉損傷嗎？</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第二部分－慢性疾病狀況

	你有任何上列題目未提及的疾病狀況同時有兩種以上慢性疾病嗎？	<input type="checkbox"/> 若為是，請回答下方題目 10a-10c	<input type="checkbox"/> 若為否，請閱讀下方建議
10	10a. 在過去 12 個月內，你曾經因頭部創傷導致眩暈、昏倒或失去意識，或是被診斷有腦震盪嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10b. 你有任何沒有在上述所提及的疾病狀況？（如：癲癇、神經性的疾病、腎臟疾病？）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10c. 你有兩種以上的慢性疾病嗎？請列出：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請往後查看針對你近期疾病狀況的建議，並完成此份文件簽署。

### 回答皆為「否」：

若你針對以上問題，回答皆為「否」，則你確定是可以從事更多的身體活動。

- ＞ 建議你諮詢經認證的運動專業人員，以提供你安全、有效的活動計畫來達到健康需求。
- ＞ 建議以緩慢且漸進的方式開始，如 20-60 分鐘的低或中等強度運動，每週 3-5 天的有氧與肌力訓練運動。
- ＞ 隨著進程，你應該每週至少累積 150 分鐘以上的中等強度運動。
- ＞ 如果你超過 45 歲且沒有規律進行費力身體活動的習慣，請在進行費力運動前，諮詢經認證的運動生理專業人員。

### 回答有任一個或一個以上為「是」：

- ＞ 你在準備增加身體活動量或參與健康體適能測驗評估前，應先完成特別設計的線上篩檢和運動建議問卷 ePARmed-X+ ([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)) 或諮詢有專業執照的醫療人員或經認證的運動專業人員。

### 若有下列情況，應暫緩增加更多的身體活動量：

- ＞ 你因為短期的疾病（如感冒、發燒）感到身體不舒服，應等待康復再進行。
- ＞ 如果你懷孕，在增加活動量前，請諮詢醫師或經認證的運動專業人員，或完成 ePARmed-X+ ([www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)) 表格。
- ＞ 如果你的健康狀況改變，在繼續任何身體活動計畫前，請與醫師或經認證的運動專業人員討論。

PAR-Q+內容不允許更改。只要完整使用，歡迎影印。

PAR-Q+協會與所屬機構對於使用 PAR-Q+問卷或 ePARmed-X+問卷而進行身體活動者無任何責任，若你對完成問卷有疑慮，請在進行身體活動前諮詢醫師。

### 第三部分－身體活動聲明

＞ 請詳細閱讀並簽署以下聲明(如果未成年須由父母或監護人簽屬)：

我本人，以詳細閱讀且保證完整填寫問卷，我了解此身體活動聲明有效期限從填寫起後算 12 個月內，且如填寫人身體狀況有改變，而使問卷回答的結果有所更動則失效。我也了解受託人（如：雇主、社區/體適能中心、健康照護者或其他）可保留此份問卷副本以供紀錄留存。在此情況下，受託人必須依循當地與國家規定保存個人健康資訊並確保資訊的隱私性，且不得誤用或不當揭露資訊。

姓名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

簽名： \_\_\_\_\_

見證人： \_\_\_\_\_

父母或監護人簽名（未成年人）： \_\_\_\_\_