中華賽車會 CHINESE TAIPEI MOTOR SPORTS ASSOCIATION

賽車手病史記錄表（由車手填寫）

賽車手基本資料

姓名：	出生日期：	身份證號：
性別：□ 男　□ 女	血型：	手機號碼：
地址：		

沒有	項　目	有	備 註 說 明
□	因頭暈、頭痛至失去意識	□	
□	眼睛的毛病（戴眼鏡以外）	□	
□	氣喘	□	
□	對藥物過敏	□	
□	糖尿病	□	
□	心臟病	□	
□	血壓異常	□	
□	胃病（如胃潰瘍）	□	
□	生殖泌尿系統疾病	□	
□	癲癇或痙攣	□	
□	精神或神經系統障礙	□	
□	上肢或下肢功能障礙，包括抽筋或關節僵硬	□	
□	血液病及凝血障礙	□	
□	手術病史	□	
□	常態服用藥物	□	

□ 我未曾因健康問題，被其他運動項目所拒絕。
□ 我不會使用禁藥及酒後駕駛。
□ 假如我在比賽中受傷，我同意在場醫師可以把我的相關醫療資訊提供給競技長、我的親人、我的私人醫生及中華賽車會。
□ 我誓言上述所言均屬實。

日期：　　車手簽名：

中華賽車會 CHINESE TAIPEI MOTOR SPORTS ASSOCIATION

賽車手體格檢查表（由醫師填寫）

賽車手基本資料

姓名：	出生日期：	身份證號：
性別：□ 男 □ 女	血型：	手機號碼：
地址：		

正常	項　目	不正常	備 註 說 明
□	心臟血管循環系統	□	
□	血壓（　　/　　mmHg）	□	
□	脈搏（　　/min）	□	
□	呼吸系統	□	
□	中樞神經系統	□	
□	周邊神經系統	□	
□	耳鼻喉	□	
□	內耳平衡系統	□	
□	運動系統上肢（右）	□	
□	運動系統上肢（左）	□	
□	運動系統下肢（右）	□	
□	運動系統下肢（左）	□	
□	脊椎	□	
□	腹部（疝氣）	□	
□	眼睛視力： 裸視 _____（左） _____（右）	□	
□	矯正 _____（左） _____（右）	□	
□	辨色力	□	
□	視野	□	

□ 我認為上述人士『可以』參加賽車運動。
□ 我認為上述人士『不適宜』參加賽車運動。
□ 我建議上述人士由中華賽車會指定的專門醫師進行複檢。

檢查日期：　　醫師簽章：

醫療機構名稱：　　醫師證號：

醫療機構地址：