

香港耀能協會賽馬會田綺玲學校  
2018 至 2019 年度 家長通告  
學生參加水療課程

敬啟者：

本校物理治療部為鍛煉學生肌力、訓練呼吸、減慢肌腱攣縮並訓練四肢和身軀的控制，現安排在雅麗氏何妙齡那打素醫院物理治療部舉辦水療課程。雅麗氏何妙齡那打素醫院之水療池每節收費 \$350，費用由參與的學生平均支付。

2018-19 年度 **第三期水療課程** 詳情如下：

日期： 2019 年 2 月 20, 27 日  
3 月 6, 13, 20, 27 日  
4 月 3 日 (逢星期三) 共 7 節，租池費 \$2450  
時間： 上午 9:00 至 10:45 (水療活動 40 分鐘)  
人數： 3-8 名學生  
費用： 約 \$307 至 \$817 (另學生及家長每人每次車資 \$25) 確實收費待統計人數後作實，並將於 1 月 29 日或之前通知家長，費用會在 4 月自動轉賬中收取。

為保障參與水療學生之安全，家長/照顧者必須下水照顧學童，如家長/照顧者因任何原因未能陪伴學童下水，該次水療將會暫停。家長或學生因個人原因缺席水療，將不獲發還費用。請家長細閱「接受水療人士須知」的內容和填寫「水療同意書」。

家長請填妥下方的回條及「水療同意書」，並於 1 月 22 日(星期二)或以前交回學校。如有任何疑問，歡迎致電學校向物理治療師陳倩怡姑娘查詢。

此致  
學生家長

房湘雲校長

2019 年 1 月 15 日

敬覆者：

本人已知悉學生參加水療課程的安排，了解其繳費方式，並

- 同意 敝子弟參加水療課程。  
 不同意 敝子弟參加水療課程。

此覆  
香港耀能協會賽馬會田綺玲學校

學生姓名： \_\_\_\_\_  
班 別： \_\_\_\_\_

家長簽署： \_\_\_\_\_  
家長姓名： \_\_\_\_\_  
日 期： \_\_\_\_\_

\*請在  內加上  號。

# 香港耀能協會賽馬會田綺玲學校

## 物理治療部

### 接受水療人仕須知

請帶備游泳衣、毛巾，如有需要請帶備水及所需之藥物。

#### 水療當日：

1. 請於9:00前到學校集合並量體溫。如遲到十五分鐘或以上，將不能參加當日水療課程。
2. 如身體不適/有月經，不能接受水療，請預先與治療師商量及請假。
3. 如在水療前四十八小時內身體曾感不適，請在水療前通知治療師。
4. 在進入水療池前，請檢查身體，如有紅疹、皮膚敏感、傷口等，請通知治療師。
5. 在水療前，切勿飲用含酒精之飲品。
6. 水療前一小時不宜進食，切忌過飽/過餓。可自備飲用水及餅乾，於離開泳池後飲用和食用。

#### 水療時：

1. 病人須在治療師到達後方可進入水療池。
2. 在水療池範圍內，病人須換上本部門提供之拖鞋。
3. 水療前請如廁。
4. 於水療前後，病人必須淋浴。水療後，要用和暖水淋浴，以避免昏暈。
5. 在水療室範圍內，不准追逐。
6. 水療池嚴禁跳水。
7. 請注意水療室地面濕滑，提防跌倒。
8. 請使用梯級扶手慢慢進出水療池。
9. 請將所需之藥物放於水療池邊以備用。
10. 請將用過之拖鞋放回指定之收集處。

#### 水療後：

1. 請稍作休息，可飲用自備之飲品以補充水份。
2. 水療後，有任何不適，請即時通知治療師。

# 香港耀能協會賽馬會田綺玲學校

## 物理治療部

如有下列的情況，將不適直接受水療。請在適當的空格劃上✓號。

	有	無	詳述
1. 高血壓 / 低血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. 呼吸系統疾病 例如：哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺結核、肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. 心臟病、血管毛病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. 傳染性之皮膚病，例如：香港腳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. 其他皮膚病，例如：紅疹、牛皮癬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. 腦癇症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. 傷口/造口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. 視覺或聽覺有問題或發炎 例如：眼發炎、紅眼症、耳膜炎、耳膜破裂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. 懷孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. 畏水/嚴重行為問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. 性病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. 大小便失禁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. 尿道炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. 腎衰竭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. 三個月內曾接受過放射治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. 身體不適	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. 發燒/嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. 昏暈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. 吞嚥反射失調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. 水療前曾飲用過含有酒精之飲品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. 燒傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. 關節炎初期	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23. 體溫調節障礙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24. 其他，請注明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

病人/監護人簽名：\_\_\_\_\_

病人/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

病人是否適合水療？ 是  否  詳述：\_\_\_\_\_

是否需要預防措施？ 是  否  詳述：\_\_\_\_\_

物理治療師簽名：\_\_\_\_\_

物理治療師姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

(水療同意書)