



فرم ارزیابی پزشکی قبل از مسابقات ورزشی  
الف - تاریخچه پزشکی

نام و نام خانوادگی:	شغل:	تاریخ تولد:	محل تولد:
رتبه تحصیلی:	مدرک تحصیلی:	شماره پرونده:	
آدرس کامل پستی:			
.....			
تلفن تماس ۱:	پیش شماره:		
تلفن تماس ۲:	پیش شماره:		
رشته ورزشی:	سابقه فعالیت ورزشی:		
نام مربی:	تلفن تماس:	پیش شماره:	
نام پزشک خانوادگی:	تلفن تماس:	پیش شماره:	

لطفاً سئوالات زیر را بطور بلی و خیر پاسخ داده، سئوالات دارای پاسخ مثبت را توضیح دهید.

ردیف	سئوالات	توضیحات
۱	آیا از تاریخ آخرین معاینه پزشکی خود دچار بیماری یا آسیب شده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا از یک بیماری بیش رونده یا مزمن رنج می برید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا تا کنون بیش از یک روز در بیمارستان بستری بوده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا تا کنون عمل جراحی ناسته اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا اخیراً دارویی را با یا بدون تجویز پزشک مصرف کرده اید؟ (قرص، تزریقی یا استنشاقی)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا تا کنون داروهایی مکمل را به منظور افزایش یا کاهش وزن و یا افزایش کارایی در ورزش مصرف نموده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا سابقه حساسیت دارید؟ (برای مثال به گلهای، دارو، غذا یا نیش حشرات)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا تا کنون در هنگام ورزش و یا بعد از آن دچار کپسیر یا دانه های پوستی شده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا تا کنون در حین یا پس از ورزش بر زمین افتاده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	آیا تا کنون در حین یا پس از ورزش دچار سرگیجه شده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا تا کنون در حین یا پس از ورزش دچار درد سینه شده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	آیا در هنگام ورزش زودتر از دوستان خود دچار خستگی می شوید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا تا کنون تپش قلب شدید با فقدان ضربان قلب خود را احساس کرده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۴	آیا سابقه افزایش فشار خون یا بالا بودن سطح کلسترول خون داشته اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۵	آیا تا کنون به شما گفته شده که صدای اضافی یا سوفل قلبی دارید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۶	آیا تا کنون فردی لزبستگان شما بدلیل مشکلات قلبی قبل از ۵۰ سالگی دچار مرگ ناگهانی شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۷	آیا در طی ماه گذشته دچار بیماری ویروسی شدید (برای مثال عفونت عضله قلب یا منونوکلئوز عفونی) شده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>



۱۸	آیا تا کنون هیچ پزشکی مانع شرکت شما در فعالیت ورزشی بدلیل مشکل قلبی شده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۹	آیا از بیماری های پوستی (مثل خارش، دانه، جوش، زگیل، قارچ یا تاول) رنج می برید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۰	آیا تا کنون دچار ضربه یا تکان متزی شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۱	آیا تا کنون دچار تشنج شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۲	آیا تا کنون دچار بیهوشی یا از دست دادن حافظه شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۳	آیا مکرراً دچار سردرد شدید می شوید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۴	آیا تا کنون دچار خواب رفتگی یا سوزن سوزن شدن دستها، بازوها، ران ها یا پاهای خود شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۵	آیا تا کنون دچار گرمازدگی ناشی از ورزش در گرما شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۶	آیا در حین یا بعد از ورزش دچار سرفه، خس خس، یا مشکل تنفسی می شوید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۷	آیا مبتلا به آسم هستید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۸	آیا مبتلا به حساسیت فصلی هستید که نیازمند درمان دارویی باشد؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۹	آیا از هر گونه وسیله حفاظتی یا اصلاحی خاص که معمولاً در رشته ورزشی شما بکار نمی رود استفاده می کنید؟ (مثل نگهدارنده زانو، محافظ گردن، کفش های مخصوص، سمک، پوشش دندان و ...)	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۰	آیا مشکلی در چشم ها یا بینایی خود دارید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۱	آیا از عینک، لنز تماسی یا محافظ چشم استفاده می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۲	آیا تا کنون دچار شکستگی استخوان یا دررفتگی مفصل شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۳	آیا مشکل دیگری همراه با درد یا تورم در عضلات، تاندونها، استخوان ها، یا مفاصل دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ در محل مربوطه علامت زده و در پائین پاسخ دهید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

شانه     بازو     آرنج     ماعد     دست و انگشتان  
 ساق پا     مچ پا     باوانگشتان     لکن خاصره     ران     زانو  
 ستون فقرات     غیره

سمت آسیب:  راست     چپ

توضیح:

۳۴	آیا تا کنون دچار کشیدگی رباط، تاندون یا تورم بدلیل آسیب شده اید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۵	آیا تمایل دارید وزن خود را تغییر دهید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۶	آیا بطور منظم برای برای رسیدن به وزن مورد نیاز رشته ورزشیتان، وزن خود را کاهش می دهید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۷	آیا خود را تحت فشار حس می کنید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳۸	تاریخ آخرین زمان واکسیناسیون خود را بنویسید؟	هپاتیت: / / ۱۳ و دیفتیری - کزاز: / / ۱۳ سایر مولد: _____	

اینجانب

متعهد می شوم که پاسخ من به سولات فوق کامل صحیح بوده است.

تاریخ: / / ۱۳

امضای ورزشکار: .....