

فرم سابقه پزشکی

نام فرد: تاریخ: / /

آدرس:

وزن: قد: سن: تاریخ تولد: / /

زن مرد

تلفن منزل: (.....) تلفن محل کار: (.....)

شماره تلفن اضطراری: (.....)

نام پزشک شخصی:

شماره تلفن پزشک: (.....)

تاریخ و دلیل آخرین مشاوره:

۱. لطفاً مقابل هر یک از ناراحتی‌هایی که اکنون دارید یا در گذشته داشته‌اید، علامت بزنید.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> حمله قلبی | <input type="checkbox"/> التهاب ورید با تشکیل لخته | <input type="checkbox"/> اضافه وزن ۲/۵ - ۹ کیلوگرم |
| <input type="checkbox"/> آنژین | <input type="checkbox"/> آسم | <input type="checkbox"/> فشار خون بالا |
| <input type="checkbox"/> الکتروکاردیوگرام غیرطبیعی | <input type="checkbox"/> دستگاه تنظیم‌کننده ضربان قلب | <input type="checkbox"/> فشار خون پایین |
| <input type="checkbox"/> مصرف داروهای قلبی | <input type="checkbox"/> آمبولی | <input type="checkbox"/> دیابت |
| <input type="checkbox"/> بیماری دریچه قلب | <input type="checkbox"/> عفونت‌های تنفسی | <input type="checkbox"/> بیماری صرع |
| <input type="checkbox"/> اتساع عروقی | <input type="checkbox"/> ضربان قلب نامنظم | <input type="checkbox"/> کم خونی |
| <input type="checkbox"/> اضافه وزن ۱۰ کیلوگرم یا بیشتر | | |

۲. آیا تاکنون پزشک، شما را به ورزش نکردن توصیه کرده است؟ بله خیر

در صورت پاسخ مثبت، علت آن را ذکر کنید.

۳. آیا در حال حاضر یا در گذشته مشکلات جسمانی زیر را داشته‌اید؟

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> آرتروز | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی پا / مچ پا | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی شانه / ترقوه |
| <input type="checkbox"/> کمردرد | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی بازو / آرنج | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی زانو / ران |
| <input type="checkbox"/> رسوب کلسیم | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی عصب | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی پشت |
| <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی سر / گردن | <input type="checkbox"/> شکستگی استخوان | <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی مچ دست / دست |
| <input type="checkbox"/> آسیب دیدگی مفصل ران / لگن | <input type="checkbox"/> درد آرنج | |

در صورت پاسخ مثبت، لطفاً با ذکر تاریخ در رابطه با آن توضیح دهید.

۴. آیا در حال حاضر تحت فیزیوتراپی قرار دارید؟ بله خیر

در صورت پاسخ مثبت، نام متخصص و شماره تلفن او را بنویسید.

..... (.....)

۵. آیا اجازه هست با او تماس بگیریم؟ بله خیر

ادامه فرم سابقه پزشکی

۶. آیا هیچ گونه مشکل یا آسیب دیدگی قبلی در شما وجود دارد که بتواند دامنه حرکتی عضلات، مفاصل، استخوانها،

ستون فقرات یا هر قسمت دیگر بدنتان را محدود کند و با انجام فعالیت بدتر شود؟ بله خیر
در صورت پاسخ مثبت، لطفاً توضیح دهید.

۷. آیا در حال حاضر به طور منظم دارو مصرف می کنید؟ بله خیر
در صورت پاسخ مثبت، لطفاً نام دارو و مقدار مصرف آن را بنویسید.

۸. آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک هستید؟ بله خیر
در صورت پاسخ مثبت، لطفاً نام و شماره تلفن او را بنویسید.
.....(.....)

۹. آیا اجازه هست با او تماس بگیریم؟ بله خیر
۱۰. وزن فعلی شما چقدر است؟

۱۱. یک سال پیش وزن شما چقدر بود؟ ۵ سال پیش چطور؟ در ۲۰ سالگی چطور؟

۱۲. آیا در حال حاضر رژیم غذایی خاصی دارید؟ بله خیر
در صورت پاسخ مثبت، لطفاً آن را توضیح دهید.

۱۳. آیا در زمان خاصی از روز احساس خستگی و کوفتگی می کنید؟ بله خیر

۱۴. آیا در ساعت مشخصی از روز احساس خستگی و کوفتگی می کنید؟ بله خیر
اگر پاسخ مثبت است، چه وقت؟

۱۵. به طور متوسط، چند بار در سال به مسافرت طولانی می روید؟

۱۶. به طور متوسط، چند ساعت در روز به کار کردن مشغول هستید؟

۱۷. میزان فعالیت جسمانی خود در حین انجام کار را چگونه ارزیابی می کنید؟

بسیار غیرفعال غیرفعال متوسط فعال بسیار فعال

۱۸. میزان فعالیت جسمانی خود در زمان فراغت را چگونه ارزیابی می کنید؟

بسیار غیرفعال غیرفعال متوسط فعال بسیار فعال

۱۹. آیا در حال حاضر به اجرای برنامه آمادگی جسمانی استناداری می پردازید؟ (مثلاً فعالیت های هوازی).

بله خیر

در صورت پاسخ مثبت، لطفاً تعداد دفعات فعالیت خود در هفته، مدت جلسات فعالیت (به دقیقه) و نوع فعالیت ها
(مثلاً جاگینگ، راه رفتن، وزنه برداری و غیره) را بنویسید.

ادامه فرم سابقه پزشکی

۲۰. در حال حاضر چقدر از لحاظ جسمانی احساس آمادگی می کنید؟

نامآماده آمادگی کم آماده آمادگی زیاد بسیار آماده

۲۱. اگر وسایل و امکانات موجود باشد، علاقمند به یادگیری و شرکت در کدام یک از فعالیت های جسمانی هستید؟

<input type="checkbox"/> پیاده روی	<input type="checkbox"/> دوچرخه سواری	<input type="checkbox"/> ابرویک (ورزش های هوازی)
<input type="checkbox"/> وزنه برداری	<input type="checkbox"/> شنا	<input type="checkbox"/> جاگینگ
<input type="checkbox"/> هندبال	<input type="checkbox"/> حرکات نرمشی	<input type="checkbox"/> والیبال
<input type="checkbox"/> تنیس	<input type="checkbox"/> بدمینتون	<input type="checkbox"/> راکت بال / اسکواش
<input type="checkbox"/> گلف	<input type="checkbox"/> یوگا	<input type="checkbox"/> بدنسازی تحت نظارت
<input type="checkbox"/> قایق رانی	<input type="checkbox"/> اسب سواری	

۲۲. آیا در منزل وسیله یا ابزار ورزشی دارید؟ بله خیر

در صورت پاسخ مثبت، مشخص کنید.

.....

.....

۲۳. آیا در فعالیت های ورزشی دبیرستان یا دانشگاه شرکت داشته اید، یا اکنون شرکت دارید؟

بله خیر

در صورت پاسخ مثبت، مشخص کنید.

.....

.....

۲۴. آیا فعالیتی وجود دارد که به آن علاقه نداشته باشید یا احتمالاً موجب ناراحتی یا درد شما شود؟

بله خیر

در صورت پاسخ مثبت، مشخص کنید.

.....

.....

۲۵. دلایل اصلی شما برای حضور در (نام محل ورزشی خود را ذکر کنید). . . . چیست؟

<input type="checkbox"/> آمادگی جسمانی عمومی	<input type="checkbox"/> شنا	<input type="checkbox"/> کاهش استرس
<input type="checkbox"/> قدرت عضلانی	<input type="checkbox"/> دویدن	<input type="checkbox"/> اجتماعی شدن
<input type="checkbox"/> انعطاف پذیری	<input type="checkbox"/> کاهش وزن	<input type="checkbox"/> تسهیلات رایگان
<input type="checkbox"/> آمادگی قلبی عروقی		

من سؤالات فوق را به بهترین نحو پاسخ دادم. تمام سؤالات مطرح شده را درک کردم و این فرصت به من داده شد تا هر سؤالی را مطابق میل خود توضیح دهم. همچنین، می دانم که پاسخ کامل و صادقانه به این پرسش ها برای ایمنی، سلامتی و تندرستی من ضروری است.

امضا: تاریخ: / /

شاهد: تاریخ: / /