

KIỂM TRA VẬT LÝ THỂ THAO QUẬN WHATCOM

(Bắt buộc trước khi tham gia cho Cấp Hai và Cấp Ba - PHỤ HUYNH PHẢI XEM LẠI & KÝ TÊN)

Vietnamese – Tiếng Việt

Trước Tham Gia

Trờ Lại

Tên _____ Ngày Sinh _____ Trường _____ Ngày Kiểm Tra _____

Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Điện Thoại _____

Tên Phụ Huynh _____ Điện Thoại Cơ Quan _____ Các Môn Thể Thao _____

Trong trường hợp khẩn cấp liên hệ: Tên _____ Điện Thoại _____ Điện Thoại Di Động _____

TIỀN SỬ BỆNH

Có/Không (sẽ được hoàn thành bởi học sinh & phụ huynh/người giám hộ)

- C K** 1. Bạn có bị bệnh/chấn thương gần đây hoặc bây giờ không?
- C K** 2. Bạn đã gặp vấn đề sức khỏe, bị bệnh tật, hoặc chấn thương kể từ lần khám trước chưa?
- C K** 3. Bạn có bị bệnh mãn tính hoặc tái phát không?
- C K** 4. Bạn đã bao giờ bị bệnh kéo dài hơn một tuần chưa?
- C K** 5. Bạn đã bao giờ nhập viện qua đêm chưa?
- C K** 6. Bạn đã từng phẫu thuật chưa?
- C K** 7. Bạn đã bao giờ gặp bất kỳ chấn thương nào cần được bác sĩ điều trị chưa?
- C K** 8. Bạn có bị thiếu nội tạng nào không? (ruột thừa, mắt, thận, tinh hoàn, v.v.)
- C K** 9. Hiện tại bạn có đang dùng **bất kỳ** loại thuốc nào không? (bao gồm vitamin, aspirin, v.v.)
- C K** 10. Bạn có bị dị ứng **bất kỳ** gì không? (thuốc, ong, thức ăn, v.v.)
- C K** 11. Bạn đã bao giờ bị đau ngực, chóng mặt, ngất xỉu hoặc bất tỉnh trong, hoặc sau khi tập thể dục chưa?
- C K** 12. Bạn có mệt mỏi dễ dàng hơn hoặc nhanh hơn so với bạn bè của bạn trong khi tập thể dục không?
- C K** 13. Bạn đã bao giờ gặp vấn đề gì về huyết áp hoặc tim mạch của mình?
- C K** 14. Bạn có người thân nào bị bệnh tim, đau tim, hoặc đột tử **trước** tuổi 50?
- C K** 15. Bạn có bất kỳ vấn đề về da không? (mụn, ngứa, phát ban, v.v.)
- C K** 16. Bạn đã bao giờ bị ngất xỉu, co giật, động kinh, hoặc chóng mặt nghiêm trọng chưa?
- C K** 17. Bạn có thường xuyên bị đau đầu dữ dội không?
- C K** 18. Bạn đã bao giờ bị “ngồi” hoặc “đau đốt” hoặc “dây thần kinh bị chèn ép” chưa?
- C K** 19. Bạn đã bao giờ bị “hạ gục” hoặc “bất tỉnh” chưa?
- C K** 20. Bạn đã bao giờ bị chấn thương cổ hoặc đầu chưa?
- C K** 21. Bạn đã bao giờ bị kiệt sức vì nóng, say nắng, chuột rút do nóng, hoặc các vấn đề tương tự liên quan đến nhiệt chưa?
- C K** 22. Bạn có bị hen suyễn, khó thở, hoặc ho trong hoặc sau khi tập thể dục không?
- C K** 23. Bạn có đeo kính mắt, kính áp tròng, hoặc kính bảo vệ mắt không?
- C K** 24. Bạn có gặp vấn đề gì với mắt hoặc thị lực của mình không?
- C K** 25. Bạn có đeo bất kỳ thiết bị nha khoa nào không? (niềng răng, cầu răng, răng giả, hàm duy trì, v.v.)
- C K** 26. Bạn đã bao giờ bị chấn thương đầu gối hoặc mắt cá chân chưa?
- C K** 27. Bạn đã từng bị thương ở khớp nào khác chưa? (vai, cổ tay, ngón tay, v.v.)
- C K** 28. Bạn đã bao giờ bị gãy xương chưa?
- C K** 29. Bạn đã bao giờ bó bột, nẹp, hoặc phải dùng nạng chưa?
- C K** 30. Bạn có phải sử dụng thiết bị đặc biệt để thi đấu không? (niềng răng, v.v.)
- C K** 31. Đã có hơn tám năm kể từ lần tiêm thuốc tăng cường uốn ván cuối của bạn chưa?
- C K** 32. Bạn có đang lo lắng về cân nặng của mình không?
- C K** 33. Bạn có bất kỳ lo lắng gì về y tế khi tham gia môn thể thao của bạn?
- C K** 34. Bạn có đang dùng bất kỳ viên thuốc hoặc loại thuốc nào để tăng sức mạnh hoặc hiệu suất của bạn không?
- C K** 35. **NỮ:** Bạn có bất kỳ vấn đề về kinh nguyệt không?

■ ■ ■ ■ ■

Tôi chứng thực, bằng chữ ký của mình bên dưới, rằng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, câu trả lời của tôi cho các câu hỏi trên là đầy đủ và chính xác.

Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

Chữ Ký Của Học Sinh _____ Ngày _____

KIỂM TRA VẬT LÝ

(sẽ được hoàn thành bởi bác sĩ)

Tuổi _____ Chiều Cao _____

Cân Nặng _____ Huyết Áp _____

Nhịp Tim _____

Tầm Nhìn P / T / _____

Y KHOA

Bình Thường/Không Bình Thường Kết Quả

B K Vết bề ngoài _____

B K Mắt _____

B K Đôi tai _____

B K Mũi _____

B K Họng _____

B K Tim _____

B K Các hạch bạch huyết _____

B K Mạch _____

B K Phổi _____

B K Dạ dày _____

B K Cơ quan sinh dục (nam giới) _____

B K Da _____

BỘ CƠ XƯƠNG

B K Cổ _____

B K Lưng _____

B K Vai/Cánh tay _____

B K Cùi chỏ/Cẳng tay _____

B K Cổ tay/Bàn tay _____

B K Hông/Đùi _____

B K Đầu gối _____

B K Chân/Mắt cá chân _____

B K Bàn chân _____

ĐÁNH GIÁ

Tham Gia Đầy Đủ Tham Gia Có Giới Hạn

Mô tả các hạn chế _____

Chống chỉ định tham gia (liệt kê lý do) _____

Khuyến nghị (thiết bị, băng, phục hồi chức năng, chuyển tuyến) _____

■ ■ ■ ■ ■

Tên Người Kiểm Tra _____

Chữ Ký _____

Điện Thoại _____ Ngày _____