

病歷表

(注：本表單由病人和家長在看醫生前填寫。醫生應將本表單保存在圖表內。)

檢查日期 _____ 姓名 _____ 出生日期 _____
 性別 _____ 年齡 _____ 年級 _____ 學校 _____ 運動項目 _____

藥物和過敏：請列出您目前服用的所有處方藥和非處方藥，以及補充劑（草藥和營養品）

您是否對任何物質過敏？ 是 否 如果是，請在下面指出具體的過敏原。

藥物 花粉 食物 昆蟲叮咬

在下面對「是」進行進一步解釋。圈出您不知道答案的問題。

一般問題	是	否
1. 您是否有醫生曾因任何原因拒絕或限制您參加體育運動？		
2. 您是否患有任何持續性疾病？如果是，請在下面具體指出： <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 感染 其他：_____		
3. 您是否曾住過院？		
4. 您是否曾做過手術？		
關於您心臟健康的問題	是	否
5. 您是否曾在鍛煉期間或之後昏倒過或幾乎昏倒過？		
6. 您是否曾在鍛煉期間感到胸部不適、疼痛、憋悶或壓迫感？		
7. 您是否曾在鍛煉期間出現心跳突快或突停（心跳不齊）？		
8. 醫生是否曾告訴您患有心臟問題？如果有，請選擇所有的適用項： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 心感染 <input type="checkbox"/> 川崎病 其他：_____		
9. 醫生是否曾要求您接受心臟檢查？（例如，ECG/EKG 心電圖、超聲心動圖）		
10. 您是否在鍛煉期間感到頭昏眼花或比預期更加呼吸急促？		
11. 您是否曾遭受無法解釋的心臟病發作？		
12. 您是否在鍛煉期間比朋友感到更疲倦或更快感到氣短？		
關於您家人心臟健康的問題	是	否
13. 您是否有任何家庭成員或親戚在 50 歲之前因心臟問題死亡或遭到意外的突然死亡（包括溺水、原因不明的車禍，或嬰兒猝死綜合症）？		
14. 您是否有任何家庭成員患有肥厚型心肌病、馬凡氏綜合症、致心律失常性右室心肌病、長 QT 綜合症、短 QT 綜合症、Brugada 綜合症，或兒茶酚胺敏感性多形性室性心動過速？		
15. 您是否有家人患有心臟問題或佩戴心臟起搏器或植入式除顫器？		
16. 您是否有任何家庭成員曾遭受不明原因的暈厥、不明原因的心臟病發作，或幾乎溺水？		
有關骨骼和關節的問題	是	否
17. 您是否曾因為骨骼、肌肉、韌帶或肌腱受傷而導致您缺席鍛煉或比賽？		
18. 您是否曾遭受過骨骼破裂或斷裂，或關節脫臼？		
19. 您是否曾受過需要接受 X 射線、MRI、CT 掃描、注射、治療或需要使用支架、繃帶或拐杖的傷害？		
20. 您是否遭受過應力性骨折？		
21. 是否有人曾告訴您需要或曾經因頸部不穩或寰樞椎不穩而接受 X 射線檢查？（唐氏綜合症或侏儒症）		
22. 您是否經常使用支架、矯形器或其他輔助設備？		
23. 您是否患有令您困擾的骨骼、肌肉或關節損傷？		
24. 您的關節是否疼痛、腫脹、發熱或發紅？		
25. 您是否有幼年型關節炎或結締組織疾病的病史？		

醫療問題	是	否
26. 您是否在鍛煉期間或之後咳嗽、氣喘，或呼吸困難？		
27. 您是否曾使用過吸入器或服用過哮喘藥？		
28. 您是否有家庭成員患有哮喘？		
29. 您在出生時是否沒有或目前缺失腎臟、眼睛、睪丸（男性）、脾臟或其他任何器官？		
30. 您是否腹股溝疼痛或腹股溝部位疼痛凸起或疝氣？		
31. 您過去一個月期間是否曾傳染性單核細胞增多（單核細胞計數增多）？		
32. 您是否患有皮疹、壓瘡或其他皮膚問題？		
33. 您是否曾患有皰疹或 MRSA 皮膚感染？		
34. 您是否曾遭到頭部損傷或腦震盪？		
35. 您是否曾遭受過導致糊塗、長期頭痛或記憶問題的頭部擊打或撞擊？		
36. 您是否有癲癇症病史？		
37. 您是否在鍛煉時頭痛？		
38. 您是否曾在遭到撞擊或摔倒後出現麻木、刺痛感，或四肢虛弱的情況？		
39. 您是否曾在遭到撞擊或摔倒後出現無法移動手臂或大腿的情況？		
40. 您是否曾在熱天鍛煉期間患病？		
41. 您是否經常在鍛煉期間肌肉痙攣？		
42. 您或家人是否患有鎌狀細胞性狀或疾病？		
43. 您是否曾患有眼睛或視覺疾病？		
44. 您的眼部是否曾受過傷？		
45. 您是否佩戴眼鏡或隱形眼鏡？		
46. 您是否佩戴防護眼鏡，如護目鏡或面罩？		
47. 您是否擔心自己的體重？		
48. 您是否正在努力或者他人建議您增肥或減肥？		
49. 您是否食用特殊飲食，或是否避免食用某些類型的食物？		
50. 您是否曾患過進食障礙？		
51. 您是否有希望與醫生討論的問題？		
僅針對女性		
52. 您是否曾有過月經？		
53. 您幾歲時開始首次月經？		
54. 過去 12 個月您有過多少次月經？		

在此對「是」進行進一步解釋。

本人特此聲明，盡我所知，本人對上述問題的回答是完整的和正確的。

運動員簽名 _____ 家長/監護人簽名 _____ 日期 _____