

هیات فوتبال استان هرمزگان فرم معاینات پزشکی مدارس فوتبال

تاریخ:/...../۱۴۰۳

به: مدرسه فوتبال

کدملی:

نام و نام خانوادگی:

شماره همراه:

تاریخ تولد:

پست ورزشی: دروازه بان مدافع هافبک مهاجم
پای غالب: راست چپ هر دو

لطفاً به این سوالات پاسخ دهید

ردیف	سوالات	بلی	خیر
۱	آیا سابقه ابتلا به بیماری کرونا داشته اید؟ تاریخ ابتلا:		
۲	آیا سابقه بستری بعلت ابتلا به بیماری کرونا داشته اید؟ تاریخ بستری:		
۳	آیا سابقه عفونت مکرر تنفسی داشته اید؟		
۴	آیا سابقه آلرژی دارویی دارید؟ نام دارو:		
۵	آیا سابقه ضربه به سر یا از هوش رفتن بر اثر ضربه در ورزش داشته اید؟		
۶	آیا مبتلا به آسم هستید؟		
۷	آیا سابقه بیماری صرع و یا تشنج داشته اید؟		
۸	آیا پزشکی برای شما تشخیص بیماری قلبی گذاشته است؟		
۹	آیا از عینک / لنز استفاده می کنید؟		
۱۰	آیا مبتلا به بیماری خاصی هستید؟ نام بیماری:		
۱۱	آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟ نام دارو:		
۱۲	آیا در حال حاضر مکمل مصرف می کنید؟ نام مکمل:		
۱۳	آیا سابقه بستری در بیمارستان داشته اید؟ علت:		
۱۴	آیا سابقه جراحی داشته اید؟ علت:		
۱۵	آیا سابقه شکستگی استخوان داشته اید؟ محل شکستگی:		
«مختص ورزشکاران خانم»			
۱۶	آیا عادت ماهیانه شما شروع شده است؟		
۱۷	آیا دچار اختلال عادت ماهیانه شده اید؟		

شرح حال توسط پزشک

در هنگام استراحت	در هنگام / پس از ورزش	خیر	علائم قلبی
			درد قفسه سینه
			تنگی نفس
			تپش قلب
			خستگی زودرس نسبت به سایر بازیکنان

سوابق بیماری خانوادگی

(پدر / برادر کمتر از ۵۵ سال و ماد / خواهر کمتر از ۶۵ سال)

بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
مرگ ناگهانی قلبی			فشارخون		
سکته قلبی			دیابت		
جراحی قلبی			سرطان		
بیماری کرونری قلبی			سایر		

سوابق آسیب

زمان	نوع آسیب	عضو آسیب دیده	راست / چپ	درمان با استراحت	فیزیوتراپی	جراحی

Physical Examination

BP: PR: RR: Height: Weight:
 Heart sounds: normal ubnormal
 Lung: normal ubnormal
 Abdomen: Hernin Organomeguly
 Spine form: normal Kyphosis Lordoulu Scolioala
 Upper extremities:
 Right: Left:
 Lower estremities:
 Right: Left:

ورزشکار خانم / آقا با توجه به شرح حال و معاینات انجام شده توسط پزشک

قادر به انجام فعالیت های ورزشی می باشد نمی باشد .

مهر و امضای پزشک