

فرم معاینه فیزیکی ورزشی - Folsom Cordova Unified School District

قسمت اول (توسط والدین یا قیم قانونی تکمیل شود)

نام خانوادگی (تخلص)	نام	مقطع تحصیلی (صنف)
تاریخ تولد	ورزش زمستانی	ورزش بهاری
ورزش پاییزی	شماره دانش آموزی	

سابقه سلامتی (باید قبل از معاینه تکمیل شود)

	بله	نه	ایا این دانش آموز تا به حال:	بله	نه	ایا این دانش آموز:
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری مزمن و مکرر داشته؟	16.	<input type="checkbox"/>	از عینک یا لنز های تماسی استفاده کنید
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری بیش از 1 هفته طول می کشد	17.	<input type="checkbox"/>	از بریج، بریس یا بشقاب دندانانی استفاده کنید
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بستری در بیمارستان و یا عمل جراحی داشته	18.	<input type="checkbox"/>	هر گونه دارو که استفاده میکند: (لیست کنید) ؟
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری عصبی یا روان پزشکی داشته			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از دست دادن یا عدم عملکرد اندامها (چشم، کلیه، کبد، بیضه)			
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلرژی (داروها، نیش حشرات، غذا)؟	19.	<input type="checkbox"/>	آسیب هایی که نیاز به مراقبت یا درمان پزشکی دارند؟
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشکلات قلبی یا فشار خون؟	20.	<input type="checkbox"/>	گردن درد یا کمر درد یا آسیب؟
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درد قفسه سینه یا تنگی نفس شدید با ورزش	21.	<input type="checkbox"/>	درد یا آسیب زانو؟
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرگیجه یا غش در هنگام ورزش؟	22.	<input type="checkbox"/>	درد یا آسیب شانه یا آرنج؟
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غش، سردرد یا تشنج شدید؟	23.	<input type="checkbox"/>	درد یا آسیب مچ پا؟
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضربه مغزی یا از دست دادن هوشیاری؟	24.	<input type="checkbox"/>	درد یا آسیب مفاصل دیگر؟
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گرمادگی، گرمادگی یا مشکلات دیگر با گرما و هوای گرم	25.	<input type="checkbox"/>	شکستگی استخوان ها (شکستگی)؟
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضربان قلب تند، ضربان قلب نامنظم، یا صدای اضافی در ضربان قلب، مادر بزرگ	26.	<input type="checkbox"/>	تاریخچه بیشتر
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشنج؟	27.	<input type="checkbox"/>	نقایص مادرزادی (اصلاح شده یا نه)؟
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موارد شدید یا مکرر گرفتگی عضلانی؟	28.	<input type="checkbox"/>	فوت والدین یا پدر بزرگ و کمتر از 40 سال به دلیل یا شرایط پزشکی؟
15.			آخرین تاریخ واکسن کزاز: _____	29.	<input type="checkbox"/>	والدین یا پدر بزرگ و مادر بزرگ که نیاز به درمان دارند
			معاینه فیزیکی است؟ _____			در 12 ماه گذشته توسط پزشک در اورژانس یا تاریخ آخرین فوریت کامل دیده شده

تمام پاسخهای "بله" را در اینجا به همراه هر واقعیت یا شرایط دیگری که باید قبل از امتحان گفته شود را توضیح دهید (در صورت نیاز از فرم معکوس استفاده کنید)

مجوز والدین/سرپرست: من به یک پزشک یا دستیار پزشک یا پرستار مجاز و تحت نظارت اجازه می دهم تا ارزیابی فیزیکی ورزشی را بر روی دانش آموز انجام دهد. اطلاعات ذکر شده در بالا کامل و دقیق است و من دلیلی نمی دانم که دانش آموز نتواند به طور کامل و ایمن در ورزش های ذکر شده شرکت کند. من می دانم که این صرفاً یک معاینه غربالگری است و عدم وجود هرگونه شرایط بهداشتی یا نگرانی ذکر شده در زیر به این معنی نیست که دانش آموز از شرایط بهداشتی مضر واقعی یا بالقوه که ممکن است باعث آسیب یا مرگ دانش آموز در حین شرکت در ورزش شود، عاری است. هر گونه سوال یا نگرانی که ممکن است در مورد سلامت یا ایمنی دانش آموز داشته باشم، برای بررسی و ارزیابی به پزشک شخصی یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی ما ارجاع داده می شود

نام و نام خانوادگی (تخلص) والدین /یا سرپرست قانونی	امضا والدین /یا سرپرست قانونی
آدرس منزل	تلفن محل کار
نام و نام خانوادگی (تخلص) دکتر خانواده	تلفن خانه
	تاریخ
شماره مطب دکتر	

قسمت 2 (توسط پزشک معاینه کننده/دستیار پزشک/پرستار پزشک تکمیل می شود)

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height:
Skin			Weight:
Heart			Pulse: After Ex:
Abdomen			BP:
Genital/hernia (males)			Recommendation: <input type="checkbox"/> Unlimited participation <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation <input type="checkbox"/> No athletic participation One of the above <i>MUST</i> be checked.
Musculoskeletal:			
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			
b. Arms/Hands/Fingers			
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			
d. Feet/Ankles			
Neurologic Screening Exam (NSE)			
Comments:			
PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A. or N.P. only)	PHYSICIAN'S SIGNATURE		DATE