

참여 전 신체검사 이력 양식

(알람: 이 양식은 의사의 진찰을 받기 전에 환자와 학부모가 작성해야 합니다. 의사는 이 양식을 진료 차트와 함께 보관해야 합니다.)

검사일

이름

생년월일

성별

나이

학년

학교

스포츠(들)

약물과 알레르기:

현재 복용하고 있는 처방약과 오버더카운터(over-the-counter) 약물 및 건강 기능 식품(허브 및 영양 보충제)을 모두 기재해주시오

알레르기가 있나요?

☐ 예
☐ 아니요

예라면, 아래에 구체적인 알레르기 유형을 확인해주시시오

☐ 약물
☐ 꽃가루
☐ 음식
☐ 쏘는 곤충

아래에 "예"로 표시한 대답을 설명해주시시오. 대답을 잘 모르는 질문에는 동그라미해주시시오.

일반적 질문	예	아니요	병력 질문	예	아니요
1. 의사가 어떤 이유로 스포츠에 참여하는 것을 거부하거나 제한한 적이 있나요?			26. 운동하는 동안이나 후에 기침, 땀뻘거림 또는 호흡 곤란 등을 경험하나요?		
2. 지속되는 의학적 증상이 있으신가요? 그렇다면, 아래에 확인해주시시오: ☐ 천식 ☐ 빈혈 ☐ 당뇨병 ☐ 감염 기타: _____			27. 흡입기를 사용했거나 천식약을 복용한 적이 있나요?		
3. 병원에서 하루 이상 입원한 적이 있나요?			28. 가족 중 천식이 있는 사람이 있나요?		
4. 수술을 받은 적이 있나요?			29. 신장, 눈, 고환(남성), 비장 또는 기타 다른 기관이 없거나 부족한 상태로 태어났나요?		
본인의 심장 건강 관련 질문	예	아니요	30. 사타구니 통증이 있거나 사타구니 부분에 통증을 일으키는 돌출부나 헤르니아가 있나요?		
5. 운동하는 동안이나 후에 기절했거나 거의 기절할 뻔한 적이 있나요?			31. 지난달 이내에 전염 단핵구증(모노)을 경험한 적이 있었나요?		
6. 운동하는 동안 가슴에 불편, 통증, 조임 또는 압박감 등을 느낀 적이 있나요?			32. 발진, 욕창이나 기타 피부 문제가 있나요?		
7. 운동하는 동안 심장이 두근거리거나 박동이 불안정(불규칙한 심장 박동)해진 적이 있나요?			33. 헤르페스나 MRSA 피부 감염을 경험한 적이 있나요?		
8. 의사가 본인에게 심장 문제가 있다고 말한 적이 있나요? 그렇다면, 해당하는 모든 것에 표시하십시오: ☐ 고혈압 ☐ 심장 잡음 ☐ 고콜레스테롤 ☐ 심장 감염 ☐ 가와사키병 기타: _____			34. 머리 손상이나 뇌진탕을 경험한 적이 있나요?		
9. 의사가 본인의 심장 검사를 주문한 적이 있나요? (예를 들어, ECG/EKG, 심장 초음파 검사)			35. 머리에 당한 타격이나 일격으로 혼란, 장기적인 두통 또는 기억력 문제를 경험한 적이 있나요?		
10. 운동하는 동안 현기증이 나타나 예상보다 심하게 숨이 차는 느낌을 받나요?			36. 발작 질환의 이력이 있나요?		
11. 설명되지 않는 발작을 경험한 적이 있나요?			37. 운동하면 두통을 경험하나요?		
12. 운동하는 동안 친구들과보다 더 많이 지치거나 숨이 차는 느낌을 받나요?			38. 부딪쳤거나 넘어진 후 팔이나 다리가 마비된 느낌, 저림 또는 쇠약해진 느낌을 경험한 적이 있나요?		
가족의 심장 건강에 관한 질문	예	아니요	39. 부딪쳤거나 넘어진 후 팔이나 다리를 움직일 수 없었던 경험이 있나요?		
13. 가족 구성원이나 친척이 심장 문제로 사망했거나 만 50세 미만의 나이에 예상치 못했거나 설명되지 않는 사망(역사, 예상치 못한 자동차 사고나 영아 돌연사 증후군 포함)에 이른 적이 있나요?			40. 더운 곳에서 운동하는 동안 몸이 아픈 경험을 한 적이 있나요?		
14. 가족 구성원 중 비대 심장 근육병증, 마르판 증후군, 부정맥 유발성 우심실 심근증, 긴 QT 증후군, 짧은 QT 증후군, 브루가다 증후군 또는 카테콜라민 유발 다형성 심실빈맥이 있는 사람이 있나요?			41. 운동하는 동안 근육 경련을 자주 경험하나요?		
15. 가족 구성원 중 심장 문제가 있거나 심박조율기나 제세동기 삽입술을 받은 사람이 있나요?			42. 본인이나 가족 중 누군가에게 낫 적혈구 형성 소질이나 질병이 있나요?		
16. 가족 구성원 중 설명되지 않는 실신, 설명되지 않는 발작이나 의식할 뻔한 경험을 한 사람이 있나요?			43. 눈이나 시력에 문제가 있나요?		
뼈와 관절 관련 질문	예	아니요	44. 눈에 상해를 입은 적이 있나요?		
17. 뼈, 근육, 인대나 힘줄에 연승이나 시합에 나갈 수 없을 정도의 상해를 입은 적이 있나요?			45. 안경이나 콘택트렌즈를 착용하나요?		
18. 뼈가 골절되었거나 부서졌거나 관절이 탈구된 적이 있나요?			46. 고글이나 안면 보호대와 같은 눈 보호 장비를 착용하나요?		
19. 엑스레이, MRI, CT 스캔, 주사, 테라피, 보호대, 석고붕대나 목발이 요구되는 상해를 입은 적이 있나요?			47. 본인의 몸무게가 걱정되나요?		
20. 피로골절을 경험한 적이 있나요?			48. 체중을 늘리거나 줄이려고 시도하고 있거나 그러한 권장을 받은 적이 있나요?		
21. 목 불안정성이나 환측추 불안정성이 있거나 이를 위해 엑스레이를 찍도록 권장하는 말을 들은 적이 있나요? (다운증후군 또는 난장이증)			49. 특별한 식사 요법을 수행하거나 특정한 유형의 음식은 먹지 않고 있나요?		
22. 보호대, 보철 기구 또는 기타 보조 기구를 규칙적으로 사용하고 있나요?			50. 섭식 장애를 경험한 적이 있나요?		
23. 자신을 괴롭히는 뼈, 근육 또는 관절 상해가 있나요?			51. 의사와 상담하기를 원하는 걱정이 있나요?		
24. 신체 관절 중 통증이 있거나 부었거나 열기가 있거나 붉게 보이는 곳이 있나요?			여성 한정		
25. 청소년 관절염이나 결합조직 질병을 가지고 있나요?			52. 월경을 경험한 적이 있나요?		
			53. 월경을 처음 경험한 것은 몇 살 때였나요?		
			54. 지난 12개월 동안 몇 번 월경을 경험했나요?		

본인은 자신이 알고 있는 한 위의 질문에 대한 본인의 대답이 완전하고 정확하다는 것을 이로써 확인합니다.

선수 서명

학부모/보호자 서명

날짜

©2010 미국 가정 의학회(American Academy of Family Physicians), 미국 소아과 학회(American Academy of Pediatrics), 미국 대학 스포츠 의학회(American College of Sports Medicine), 미국 스포츠 의학 학회(American Medical Society for Sports Medicine), 미국 정형외과 스포츠 의학회(American Orthopaedic Society for Sports Medicine) 및 미국 정형외과 스포츠 의학 아카데미(American Osteopathic Academy of Sports Medicine). 재인쇄는 저작권자 표시와 함께 비상업용, 교육적 목적으로 허용됩니다.

HE050

9-2681/0410

■ 참여 전 신체검사

특별한 도움이 요구되는 선수: 추가 이력 양식

검사일 _____

이름 _____ 생년월일 _____

성별 _____ 나이 _____ 학년 _____ 학교 _____ 스포츠(들) _____

1. 장애 유형		
2. 장애 일자		
3. 등급(해당하는 경우)		
4. 장애 원인(출생, 질병, 사고/외상, 기타)		
5. 참여하고 싶은 스포츠 목록을 기재해주세요		
	예	아니요
6. 보호대, 보조 기구나 인공 기관을 규칙적으로 사용하나요?		
7. 스포츠를 위해 특별한 보호대나 보조 기구를 사용하나요?		
8. 발진, 욕창이나 기타 피부 문제가 있나요?		
9. 청력 손실이 있나요? 보청기를 사용하고 있나요?		
10. 시각 장애가 있나요?		
11. 배변 기능을 위한 특별한 장치를 사용하고 있나요?		
12. 소변을 볼 때 타는 듯한 느낌이나 불편함을 느끼나요?		
13. 자율 신경 반사 부전을 경험한 적이 있나요?		
14. 더위 관련(고체온증) 또는 추위 관련(저체온증) 질병을 진단받은 적이 있나요?		
15. 근육 경직이 있나요?		
16. 약물로 통제할 수 없는 발작을 자주 경험하고 있나요?		

여기에 "예"로 표시한 대답을 설명해주세요

다음 증상 중 경험한 적이 있는 것에 표시해주세요.

	예	아니요
환측주 불안정성		
환측주 불안정성에 대한 엑스레이 검사		
환절 탈구(한 개 이상)		
쉬운 출혈		
비장 비대화		
간염		
골감소증 또는 골다공증		
대변 통제 곤란		
소변 통제 곤란		
팔이나 손 마비 또는 저림		
다리나 발 마비 또는 저림		
팔이나 손 쇠약감		
다리나 발 쇠약감		
사지의 움직임에 최근 생긴 변화		
걷는 능력에 최근 생긴 변화		
척추 갈림증		
라텍스 알레르기		

여기에 "예"로 표시한 대답을 설명해주세요

본인은 자신이 알고 있는 한 위의 질문에 대한 본인의 대답이 완전하고 정확하다는 것을 이로써 확인합니다.

선수 서명 _____ 학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

■ 참여 전 신체검사

신체검사 양식

이름 _____ 생년월일 _____

의사 알림 사항

- 더욱 민감한 문제에 대해서는 추가 질문을 고려해주시십시오
 - 스트레스가 쌓였거나 심한 압박감을 느끼고 있나요?
 - 슬프거나 희망이 없거나 우울하거나 불안하게 느낀 적이 있나요?
 - 집이나 거주하는 곳에서 안전하게 느끼나요?
 - 담배나 썬는 담배, 스니프나 입을 시도해본 적이 있나요?
 - 지난 30일 동안, 썬는 담배, 스니프나 입을 사용했나요?
 - 술을 마시거나 기타 약물을 사용하고 있나요?
 - 단백동화 스테로이드를 섭취했거나 기타 경기력 향상 보충제를 사용한 적이 있나요?
 - 체중을 감소 또는 증가시켜주거나 경기력을 향상해주는 보충제를 섭취한 적이 있나요?
 - 안전띠를 매거나 헬멧을 착용하거나 콘돔을 사용하고 있나요?
- 심장 혈관 증상에 관한 질문(질문 5-14)을 다시 검토해주시십시오.

검사		
키	몸무게	☐ 남성 ☐ 여성
혈압	/ (/)	맥박
		시력 R 20/ L 20/
		교정시 ☐ Y ☐ N
의료	정상	비정상적 결과
외형 • 마르팜 징후(척추 뒤 옆굽음증, 급한 아치형 입천장, 오목가슴, 거미가락증, 상지목 > 키, 과도 이완, 근시, MVP, 대동맥 판막 부족)		
눈/귀/코/목구멍 • 동공 같음 • 청력		
림프절		
심장 ^a • 잡음(청진 선 자세, 반듯이 누운 자세, +/- 발살바) • 심첨맥박(PMI) 위치		
맥박 • 대퇴부와 요골 동시 맥박		
폐		
복부		
비뇨생식기(남성 한정) ^b		
피부 • HSV, MRSA 양시 병변, 몸피부 곰팡이증		
신경 ^c		
근육과 골격		
목		
등		
어깨/팔		
팔꿈치/아래팔		
손목/손/손가락		
엉덩이/허벅지		
무릎		
다리/발목		
발/발가락		
기능 • 오리걸음, 외발 뛰기		

^aECG, 심장초음파상 및 비정상적인 심장 이력 또는 검사에 대한 심장병학과 추천 고려.

^b프라이버시가 보장된 환경이라면 GU 검사 고려. 제삼자의 참석 권장.

^c심각한 뇌진탕 이력이 있다면 인지 능력 검사나 베이스라인 신경 정신과 검사 고려.

☐ 제한 없이 모든 스포츠 활동 허가

☐ 다음 항목에 대한 추가 검사 또는 치료 권고와 함께 제한 없이 모든 스포츠 활동 허가 _____

☐ 허가 불가

☐ 추가 검사 결과 대기

☐ 모든 스포츠

☐ 특정 스포츠 _____

이유 _____

권고 사항 _____

본인은 위에 이름이 기재된 학생을 진찰하였고 참여 전 신체검사를 완료하였습니다. 이 선수는 위에 요약된 스포츠(들)를 연습하고 이에 참여하는 것과 관련하여 임상적으로 확실한 금기증을 보이지 않습니다. 신체검사 결과 사본은 본인 사무실에 보관되어 있으며 학부모 요청에 따라 학교에 제공될 수 있습니다. 만약 이 선수가 스포츠 참여 허가를 받은 후 증상이 발현된다면, 해당 의사는 해당 문제가 해결되고 잠재적인 결과가 해당 선수(및 학부모/보호자)에게 완전히 설명될 때까지 이러한 허가를 철회할 수 있습니다.

의사 이름(인쇄체/입력) _____ 날짜 _____

주소 _____ 전화 _____

의사 서명 _____, MD 또는 DO

■ 참여 전 신체검사 참여 허가 양식

이름 _____ 성별 ☐ 남 ☐ 여 나이 _____ 생년월일 _____

☐ 제한 없이 모든 스포츠 활동 허가

☐ 다음 항목에 대한 추가 검사 또는 치료 권고와 함께 제한 없이 모든 스포츠 활동 허가 _____

☐ 허가 불가

☐ 추가 검사 결과 대기

☐ 모든 스포츠

☐ 특정 스포츠 _____

이유 _____

권고 사항 _____

본인은 위에 이름이 기재된 학생을 진찰하였고 참여 전 신체검사를 완료하였습니다. 이 선수는 위에 요약된 스포츠(들)를 연습하고 이에 참여하는 것과 관련하여 임상적으로 확실한 금기증을 보이지 않습니다. 신체검사 결과 사본은 본인 사무실에 보관되어 있으며 학부모 요청에 따라 학교에 제공될 수 있습니다. 만약 이 선수가 스포츠 참여 허가를 받은 후 증상이 발현된다면, 해당 의사는 해당 문제가 해결되고 잠재적인 결과가 해당 선수(및 학부모/보호자)에게 완전히 설명될 때까지 이러한 허가를 철회할 수 있습니다.

의사 이름(인쇄체/입력) _____ 날짜 _____

주소 _____ 전화 _____

의사 서명 _____, MD 또는 DO

응급 정보

알레르기 _____

기타 정보 _____
