Đánh giá sức khỏe toàn diện trước khi
tham gia hoạt động thể thao

PHIẾU LỊCH SỬ SỨC KHỎE

Họ và tên Hợp Pháp: ______________________ **Ngày sinh**: ______________

Trường: ______________ Lớp: ________ Tuổi: ______ Giới tính: ☐Nữ ☐Nam ☐**X**

THUỐC VÀ DỊ ỨNG
Vui lòng liệt kê tất cả đơn thuốc, bao gồm thuốc ngừa thai, thuốc không kê đơn, và thuốc phụ bổ sung (thảo dược và dinh dưỡng) mà bạn đang dùng thường xuyên ______________________
Bạn có bị dị ứng không? ☐Không ☐Có Nếu có, vui lòng xác định dị ứng về: ☐Thuốc ☐Phấn hoa ☐Thức ăn ☐Côn trùng đốt
CÂU HỎI SỨC KHỎE VỀ GIA ĐÌNH BẠN- khoanh tròn những câu hỏi mà bạn không biết câu trả lời.
Có thành viên trong gia đình hoặc người thân nào chết vì bệnh tim hoặc đột tử bất ngờ hoặc không rõ nguyên nhân trước 50 tuổi không? ☐Không ☐Có
Có ai trong gia đình bạn có vấn đề về tim, mang máy điều hòa nhịp tim hoặc ghép máy khử rung tim không? ☐ Không ☐ Có
Bạn có bị ngất xỉu hoặc bị co giật không rõ nguyên nhân không? ☐Không ☐Có
CÂU HỎI SỨC KHỎE VỀ BẢN THÂN – khoanh tròn những câu hỏi mà bạn không biết câu trả lời.
Bác sĩ có bao giờ từ chối hoặc hạn chế bạn tham gia thể thao vì bất cứ lý do gì chưa? ☐Không ☐Có
Hiện tại, bạn đang có bất kỳ bệnh trạng nào không? ☐ Không☐Có Nếu có, xin vui lòng xác định chứng bệnh: ☐Hen suyễn ☐Thiếu máu ☐Bệnh tiểu đường ☐ Nhiễm trùng ☐Dị ứng đe dọa tính mạng ☐Chứng bệnh khác:
Bạn đã có bao giờ bị phẫu thuật chưa? ☐Không ☐Có
Bạn đã có bao giờ bị bất tỉnh hoặc gần như bất tỉnh TRONG hoặc SAU KHI tập thể dục chưa? ☐Không ☐Có
Bạn đã có bao giờ cảm thấy khó chịu, đau co thắt hoặc tức ngực khi tập thể dục chưa? ☐Không ☐Có
Tim của bạn có bao giờ đập thình thịch hoặc lỡ nhịp(nhịp đập không đều) trong khi tập thể dục không? ☐Không ☐Có
Bác sĩ đã có bao giờ nói bạn đã bị bệnh(đánh dấu vào chứng bệnh đã có) ☐Huyết áp cao ☐Tiếng thổi ở tim ☐Mỡ trong máu cao ☐Nhiễm trùng tim ☐Bệnh Kawasaki ☐ Chứng bệnh khác: ______________ ☐Không ☐Có
Bạn đã có bao giờ bị co giật hoặc bị rối loạn co giật không rõ nguyên nhân chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có bị ho, thở khò khè hoặc khó thở trong hoặc sau khi tập thể dục không? ☐Không ☐Có
Bạn sinh ra đã không có hoặc thiếu một quả thận, một con mắt, một tinh hoàn, lá lách hay bất kỳ bộ phận nào khác không? ☐Không ☐Có
Bạn hoặc bất cứ ai trong gia đình bạn có bị bệnh hen suyễn không? ☐Không ☐Có
Bạn có bị nhức đầu khi tập thể dục không? ☐Không ☐Có
Bạn có bị đau vùng háng hay bị khối phồng gây đau hay bị thoát vị hẹn ở vùng háng không? ☐Không ☐Có
Bạn có bị nhiễm trùng bạch cầu đơn nhân (momo) trong vòng một tháng nay không? ☐Không ☐Có
Bạn có bao giờ bị nổi mẫn đỏ, loét điểm tỳ hoặc các vấn đề về da chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có bao giờ bị chấn thương đầu hoặc chấn động não chưa ? ☐Không ☐Có
Bạn có bao giờ bị đánh hoặc bị đập vào đầu gây lú lẫn, đau đầu dài hạn hoặc ảnh hưởng đến trí nhớ chưa? ☐Không ☐Có
Bạn đã bao giờ không thể cử động tay hoặc chân sau khi bị đánh hoặc bị ngã chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có bị thương ở mắt hay bạn có đeo kính hoặc kính áp tròng không? ☐Không ☐Có
Bạn đã bao giờ bị tê, cảm giác ngứa ran hoặc yếu ở tay hoặc chân sau khi bị đánh hoặc bị ngã chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có ăn kiêng đặc biệt hay tránh một số loại thực phẩm nào không? ☐Không ☐Có
Bạn có bao giờ cảm thấy không khỏe khi tập thể dục dưới trời nóng chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có vấn đề về kinh nguyệt không? ☐Không ☐Có
Bạn có thường bị co thắt cơ bắp khi tập thể dục không? ☐Không ☐Có
Bạn đã có bao giờ được xét nghiệm hoặc đã bị thiếu máu chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có bao giờ bị chấn thương xương, cơ, dây chằng hoặc gân khiến bạn không thể thực tập hoặc thi đấu chưa? ☐Không ☐Có
Bạn có bao giờ bị chấn thương cần chụp X-quang, MRI, CT, tiêm, trị liệu, nẹp, bó bột hoặc chống nạn chưa? ☐ Không ☐Có
Bạn có bao giờ đã được chẩn đoán bị bất ổn phần cổ hoặc trục atlantoaxial không? (Chứng bệnh Down / Lùn) ☐ Không ☐Có
Bạn có thường sử dụng nẹp, dụng cụ chỉnh hình hoặc thiết bị hỗ trợ nào khác không? ☐Không ☐Có
Bạn có bất kỳ chấn thương xương, cơ hoặc khớp nào làm bạn khó chịu không? ☐Không ☐Có
Bạn có bất kỳ khớp xương nào bị đau, sưng, cảm thấy ấm hoặc bị đỏ không ? ☐Không ☐có
Bạn có tiền sử bệnh viêm và thấp khớp hoặc bệnh mô liên kết không? ☐Không ☐Có
Giải thích câu trả lời “có” ở đây và/hoặc ở mặt sau của mẫu đơn này . ______________________

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đầy đủ và đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Chữ ký của Vận động viên học sinh: ______________________ Ngày: ______________

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: ______________________ Ngày: ______________