**پرسشنامه سوابق پزشکی- ورزشی**

**دانشجوی عزیز**

با سلام، به منظور دستیابی به نتایج علمی مطلوب و دقیق ،خواهشمند است پرسش های ذیل را با دقت پاسخ دهید. بدیهی است که اطلاعات مربوطه بصورت محرمانه در نزد محقق محفوظ خواهد ماند.

**نام ونام خانوادگی:**

**((سابقه خانوادگی))**

1- آیا در خانواده شما موردی از مرگ ناگهانی دیده شده است؟ بله خیر

2- آیا در خانواده شما موردی از فشار خون بالا وجود داشته است؟ بله خیر

3- آیا در خانواده شما موردی از ناراحتی قلبی وجود داشته است؟ بله خیر

4- آیا در خانواده شما موردی از آلرژی، آسم، کم خونی، دیابت ویا بیماری های کلیوی وجود داشته یا دارد؟

بله خیر نام بیماری.............................

5-آیا سابقه اختلالات دستگاه گوارش در خانواده شما وجود دارد؟ بله خیر

نام بیماری..........................

**((اطلاعات دارویی))**

1- آیا شما در ماه گذشته تحت درمان دارویی قرار داشته اید؟ بله خیر

در حال حاضر چطور........................

2- آیا در حال حاضر از داروهای محرک زا (آمفیتامین ها، بنزادرین ها و..........)استفاده می کنید؟

بله خیر نام دارو..........................

3-آیا از داروهای مسکن، خواب آور و ضد درد استفاده می کنید؟ بله خیر

نام دارو..........................

4- آیا در حال حاضر از دارو های کنترل وزن استفاده می کنید؟ بله خیر

نام دارو..........................

5- مهمترین و بیشترین نوع مصرف دارویی شما در ماه گذشته و در حال حاضر چه می باشد؟

نام دارو.........................

6- آیا دارویی مصرف می کنید که بر اشتهای شما تاثیر بگذارد؟ بله خیر

نام دارو.................................

7- آیا رژیم غذایی بخصوصی دارید؟ بله خیر

چه نوع رژیمی ...............................

8- آیا داروهایی ضد التهاب مثل استامینوفن، ایبوپروفن، آسپرین مصرف می کنید؟

بله خیر

نام دارو.................................

**((آسیب و صدمات))**

1- آیا از ناحیه شانه، بازو، زانو، دارای آسیب دیده گی هستید؟ بله خیر

نام اندام آسیب دیده............................

2-آیا از ناحیه گردن، پشت و یا لگن دارای آسیب دیدگی هستید؟ بله خیر

نام اندام آسیب دیده.............................

3-آیا در حال حاضر ناحیه ای از بدن شما دچار زخم یا التهاب می شود؟ بله خیر

نوع زخم.............................. محل زخم یا التهاب........................

4- آیا از دو ماه گذشته تا کنون موردی از عمل جراحی داشته اید؟ بله خیر

نوع جراحی..........................

**((بیماری و عفونت))**

1- ایا دچار آلرژی و یا حساسیت می باشید؟ بله خیر

2-آیا در حال حاضر مشکل تنفسی مانند آسم، التهاب برونش ها، ذات الریه و....... دارید؟

بله خیر ذکر مورد............................

آیا از دو ماه گذشته دچار بیماری ریوی شده اید؟ بله خیر

ذکر مورد...........................

3- آیا مشکل قلبی و یا عروقی دارید؟ بله خیر

نام بیماری..........................

4- آیا در حال حاضر دچار بیماری تیروئید می باشید؟ بله خیر

5- آیا در حال حاضر دچار بیماری کلیوی می باشید؟ بله خیر

6-آیا در حال حاضر دچار بیماری کبدی می باشید؟ بله خیر

7- آیا در حال حاضر دچار بیماری پوستی می باشید؟ بله خیر

8- آیا دچار جوش های عفونی بر روی پوست بدن می باشید؟ بله خیر

**((سوابق ورزشی))**

1- آیا عضو باشگاه ورزشی هستید؟ بله خیر

2-آیا به طور منظم ورزش می کنید؟ بله خیر

3- اگر جواب بلی است، چند بار در هفته ورزش می کنید؟ یکبار دوبار سه بار بیشتراز سه بار

4- آیا در یک ماه گذشته ورزش منظم داشته اید؟ بله خیر