

Анкета здоровья спортсмена

Какими видами спорта Вы занимаетесь:

Планируете ли участвовать в соревнованиях?

Если занимаетесь циклическими видами спорта, то какую дистанцию планируете преодолеть на соревнованиях

Семейный анамнез (просьба сообщить о любых проблемах со здоровьем, возникших у Ваших ближайших родственников).

Не умер ли кто-нибудь в Вашей семье (в возрасте до 50 лет) внезапно?

Есть ли у какое-либо из нижеперечисленных заболеваний:

- Высокое артериальное давление.
- Заболевание сердца.
- Рак или опухоль.
- Мигрень.
- Проблемы эмоционального характера.
- Аллергия/бронхиальная астма.
- Анемия.
- Сахарный диабет.
- Эпилепсия.
- Заболевания почек/мочевого пузыря.
- Заболевания желудка.
- Уточните _____

Испытываете ли Вы в настоящее время:

- Проблемы с глазами или зрением?
- Проблемы с носом или горлом?
- Проблемы со слухом?
- Головные боли, головокружения, слабость, обмороки, какие-либо проблемы с координацией или равновесием?
- Онемение в какой-либо части тела?
- Озноб, дрожь?
- Кашель, одышку, боли в грудной клетке или учащенное сердцебиение?
- Ухудшение аппетита, рвоту, боли в брюшной полости?
- Какие-нибудь симптомы, связанные с мышцами, костями или суставами (т.е. тугоподвижность, отечность, боль)?
- Какие-нибудь проблемы с кожей, например: язвы, высыпания, ощущения зуда или жжения и др.?
- Другие симптомы?

Консультировались ли Вы когда-нибудь или рекомендовали ли Вам обратиться к врачу по поводу:

- Нервного расстройства или других заболеваний головного мозга или нервной системы?
- Заболеваний сердца или ревматической атаки?
- Варикозного расширения вен, флебита, геморроидальных узлов?
- Какого-либо заболевания крови, склонности к кровоизлияниям или кровотечениям?
- Туберкулеза, астмы или каких-нибудь заболеваний легких или нарушений дыхания?
- Язвы или другого заболевания желудка, кишечника, печени или желчного пузыря?
- Изменения уровня сахара, креатинина в крови, какого-нибудь заболевания почек или мочеполовой системы?
- Артрит, ревматизма или какой-нибудь травмы, заболевания костей, периферических суставов, спины или позвоночника?
- Грыжи или какого-нибудь заболевания мышц или кожи?
- Рака, опухоли или новообразования какого-нибудь вида?
- Была ли у Вас когда-нибудь травма головы, вызывающая сильное головокружение, потерю памяти, рвоту, бессознательное состояние или требующая медицинской помощи либо госпитализации?
- Заболевания теплового характера.
- Была ли у Вас когда-нибудь проблема, связанная с обезвоживанием (избыточная потеря соли или воды)?
- Испытали ли Вы когда-нибудь тепловой удар?
- Если испытали, госпитализировали ли Вас с диагнозом «тепловой удар»?
- Есть ли у Вас другие заболевания теплового характера? Уточните по медицинской таблице.
- Были ли Вы когда-нибудь под наблюдением или лечились в какой-нибудь больнице, санатории или других аналогичных заведениях?
- Изменилась ли Ваша масса тела за последний год? Прирост ___ кг. Потеря ___ кг.
- Как Вы объясните такое изменение массы тела?

Усилилось ли у Вас чувство голода за последнее время? _____

Занимаетесь ли Вы видом спорта на основе весовой классификации? _____

Если да, то какая у Вас масса тела в настоящее время, кг _____? В каком весе Вы намерены соревноваться, кг _____?

Принимаете ли Вы какое-нибудь лекарственное средство в настоящее время?

Если да, то они рекомендованы Вам врачом или Вы принимаете их самостоятельно?

Принимаете ли Вы какие-нибудь витамины в настоящее время?

Принимаете ли Вы какие-нибудь стимуляторы (бензадрин, амфетамин и т.д.)?

Принимаете ли Вы какие-нибудь анаболические средства (стимуляторы роста)?

Принимаете ли Вы какие-нибудь снотворные препараты?

Курите ли Вы?

Употребляете ли Вы алкогольные напитки? Если да, то какое количество в неделю?

Рекомендовали ли Вам когда-нибудь не заниматься видом спорта по медицинским причинам в течение какого-либо периода времени?

Носите ли Вы очки или контактные линзы при занятиях спортом?

Была ли у Вас когда-нибудь травма левого или правого плеча, руки, локтя, запястья или кисти руки?

Если Вы ответили положительно на предыдущий вопрос, лишила ли Вас травма трудоспособности на неделю или более продолжительный период?

Была ли у Вас когда-нибудь травма головы, шейного отдела позвоночника, грудного отдела позвоночника (ребер), поясничного отдела позвоночника, крестцово-подвздошных суставов?

Испытываете ли Вы боль в спине?

Если вы ответили положительно на предыдущий вопрос:

- очень редко;
- часто;
- периодически;
- только после интенсивного упражнения?

Была ли у Вас когда-нибудь травма левого или правого бедра, колена, лодыжки или стопы?

Если Вы ответили положительно на предыдущий вопрос, лишила ли Вас травма трудоспособности на неделю или более продолжительный период?

Выявляли ли у Вас когда-нибудь травму хряща (мениска) какого-либо коленного сустава?

Есть ли у Вас проблемы с коленной чашечкой (хондромалация, смещение и т.д.)?

Выявляли ли у Вас когда-нибудь травму связок какого-либо коленного сустава?

Делали ли Вам когда-нибудь операцию?

(Только для женщин)

Бывают ли у Вас боли/спазмы в период менструаций?

Какие-либо аномальные явления в период менструальных циклов, например аномальное кровотечение?

Какие-либо влагалищные выделения или зуд?

Пользуетесь ли Вы пероральными противозачаточными средствами?

Есть ли какие-нибудь уплотнения или боли в груди?

Беременность (в прошлом или настоящем времени)?

Количество детей _____.

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

подтверждаю достоверность предоставляемых мною данных.

Подпись _____ / _____ «___» _____ 20__ г.