

فرم گواهی سلامت ورزشکار

مشخصات ورزشکار:

نام و نام خانوادگی: استان: کدملی: شماره عضویت فدراسیون:
 تاریخ تولد: سن: وزن: قد: گروه خونی:

محل تأیید و مهر هیئت بدمینتون

۱) سوابق پزشکی ورزشکار (در صورت داشتن هر کدام از بیماری های ذکر شده در ذیل، علامت × گذاشته شود.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> فشارخون | <input type="checkbox"/> آسم و تنگی نفس |
| <input type="checkbox"/> چربی خون | <input type="checkbox"/> ناراحتی قلبی |
| <input type="checkbox"/> مشکل شنوایی | <input type="checkbox"/> دیابت |
| <input type="checkbox"/> مشکل بینایی | <input type="checkbox"/> مشکل تیروئید |
| <input type="checkbox"/> کم خونی | <input type="checkbox"/> تشنج و صرع |
| <input type="checkbox"/> سابقه بستری در بیمارستان | <input type="checkbox"/> سنکوپ و بیهوشی |
| <input type="checkbox"/> سابقه عمل جراحی | <input type="checkbox"/> آلرژی |
| <input type="checkbox"/> سابقه بیماری های ژنتیکی | <input type="checkbox"/> سابقه مشکلات قلبی فامیلی |
| <input type="checkbox"/> سابقه بیماری های روماتیسمی | <input type="checkbox"/> سابقه بیماری های کلیوی |
| <input type="checkbox"/> سابقه عفونت مکرر | |
- توضیحات:

۲) آیا در هنگام ورزش دچار حالت های سرگیجه، سردرد، تنگی نفس، درد قفسه سینه، خستگی زودرس می شوید؟ نام ببرید.

۳) آیا دارو یا مکملی استفاده می کنید؟ در صورت پاسخ بله لطفا نام ببرید.

۴) اگر کم توانی ذهنی دارید، توضیح دهید.

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.

گزارش و نتیجه معاینات:

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ