**Enter School District Name here - 体育运动体检表**

|  |
| --- |
| **第 1 部分（由家长或法定监护人填写）** |
| 名字 | 姓氏 | 年级 |
| 生日 | 秋季运动 | 冬季运动 | 春季运动 | **学生身份号码** |
| **健康记录（必须于体检之前填写）** |
|  | **是** | **否** | **此学生是否有下列任何健康问题：** |  | **是** | **否** | **此学生是否：** |
| 1. | 🞏 | 🞏 | 慢性或复发性疾病？ | 16. | 🞏 | 🞏 | 戴眼镜或隐形眼镜？ |
| 2. | 🞏 | 🞏 | 持续 1 周以上的疾病？ | 17. | 🞏 | 🞏 | 戴牙桥、牙齿矫正器或牙板？ |
| 3.4. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | 住院治疗或手术？神经病或精神病？ | 18. | 🞏 | 🞏 | 服用任何药物？（如下所列）： |
| 5. | 🞏 | 🞏 | 器官（眼睛、肾脏、肝脏、睾丸等）或腺体丧失或不工作？ |  | **是**  | **否** | **是否有下列病史：** |
| 6. | 🞏 | 🞏 | 过敏症（药物过敏、虫螫过敏、食物过敏等）？ | 19. | 🞏 | 🞏 | 需要护理或治疗的损伤？ |
| 7. | 🞏 | 🞏 | 心脏或血压问题？ | 20. | 🞏 | 🞏 | 颈部或背部疼痛或损伤？ |
| 8. | 🞏 | 🞏 | 胸痛或锻炼时出现严重的呼吸困难？ | 21.22. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | 膝盖疼痛或损伤？肩部或肘部疼痛或损伤？ |
| 9. | 🞏 | 🞏 | 锻炼时出现头昏或晕眩？ | 23. | 🞏 | 🞏 | 足踝疼痛或损伤？ |
| 10. | 🞏 | 🞏 | 晕眩、重度头痛或惊厥？ | 24. | 🞏 | 🞏 | 其它关节疼痛或损伤？ |
| 11. | 🞏 | 🞏 | 脑震荡或丧失知觉？ | 25. | 🞏 | 🞏 | 骨骼断裂（骨折）？ |
| 12. | 🞏 | 🞏 | 虚脱、中暑或其它因高温引起的问题？ | 26. | **是**🞏 | **否**🞏 | **进一步病史：**先天缺陷（已矫正或未矫正的）？ |
| 13. | 🞏 | 🞏 | 心跳过快、过慢、不规则或心脏有杂音？ | 27. | 🞏 | 🞏 | 父母或祖父母因疾病或健康原因而不到 40 岁便去世？ |
| 14.15. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | 突发疾病？严重的或反复性的肌痉挛？ | 28. | 🞏 | 🞏 | 父母或祖父母不到 50 岁就需要接受心脏病治疗？ |
| *最后一次注射破伤风的日期：*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_最后一次全面体检的日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 29. | 🞏 | 🞏 | 过去 12 个月内曾接受急诊？ |
| *请在这里对所有回答“是”的项目进行说明，并说明应当在体检之前透露的任何其它事实或情况（如需要，请使用本表背面书写）：* |
| **家长/监护人授权：**本人授权一名医师，或者经正式授权和指导的助理医师或正式护士对学生进行体育运动体检。上述信息完整且准确，本人不知道学生无法完整和安全地参加所列体育运动的原因。本人知道，这仅仅是一次筛检，没有出现下列任何健康状况或问题并不意味着学生不存在实际或潜在的、可能致使学生在参加体育运动过程中受伤或死亡的有害健康状况。本人关于学生健康或安全的任何问题或疑虑将提请我们的私人医师或保健提供者审查和评估。 |
| 家长或监护人姓名（印刷体） | 家长或监护人签名 |
| 地址 | 工作电话 | 住宅电话 | 日期 |
| 合格医师的姓名 | 办公电话 |  |

|  |
| --- |
| **PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING****PHYSICIAN/PHYSICIAN’S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)** |
|  | NORMAL | ABNORMAL (Describe) |  |
| Eyes/Ears/Nose/Throat |  |  | Height: |
| Skin |  |  | Weight: |
| Heart |  |  | Pulse: After Ex: |
| Abdomen |  |  | BP: |
| Genital/hernia (males) |  |  | ***Recommendation:***🞏 Unlimited participation🞏 Limited participation/specific sports, events or activities🞏 Clearance withheld pending  further testing/evaluation🞏 No athletic participation***One of the above MUST be checked.*** |
| Musculoskeletal: |  |  |
|  a. Neck/Spine/Shoulders/Back |  |  |
|  b. Arms/Hands/Fingers |  |  |
|  c. Hips/Thighs/Knees/Legs |  |  |
|  d. Feet/Ankles |  |  |
| Neurologic Screening Exam (NSE) |  |  |
| **Comments:** |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only) | PHYSICIAN’S SIGNATURE | DATE |