

ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕДОСМОТРА

АНКЕТА СПОРТСМЕНА ПЕРВОГО ГОДА ЗАНЯТИЙ

Дата анкетирования (день, месяц, год): «__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента: _____ Пол: _____

Дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г. Полных лет: _____

Спорт.школа/клуб _____ Тренеры _____

Вид(ы) спорта _____ Занятия _____ раз в неделю по _____ часа (минут) Всего _____
(считаем все виды спорта/занятия в течение недели, если разные занятия в один день, указать дни занятий)

1.	Есть ли у Вас проблемы, по поводу которых Вы хотели бы проконсультироваться с врачом?	ДА	НЕТ								
2.	Накладывал ли когда-либо врач запреты или ограничения на Ваши занятия спортом?	ДА	НЕТ								
3.	Страдаете ли на данный момент каким-либо хроническим заболеванием (например, астмой, диабетом, анемией, гепатитом и т.д.)?	ДА	НЕТ								
4.	Страдаете ли врожденным отсутствием какого-либо органа или подвергались удалению какого-либо органа (почки, глаза, яичка (мужчины) и т.д.)? Пояснения _____ _____ _____	ДА	НЕТ								
5.	Были ли травмы? Если «ДА», то отметить: <table border="1" data-bbox="236 1055 1198 1099"><tr><td>Рука</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Нога</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Позвоночник</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Голова</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Рука	<input type="checkbox"/>	Нога	<input type="checkbox"/>	Позвоночник	<input type="checkbox"/>	Голова	<input type="checkbox"/>	ДА	НЕТ
Рука	<input type="checkbox"/>	Нога	<input type="checkbox"/>	Позвоночник	<input type="checkbox"/>	Голова	<input type="checkbox"/>				
6.	Были ли операции? Если «ДА», то по какому поводу и в каком году _____ _____	ДА	НЕТ								
	Проводилась ли реабилитация после операции?	ДА	НЕТ								
7.	Страдаете ли аллергией? Если «ДА», то на что именно аллергия и как проявляется? _____ _____ _____	ДА	НЕТ								
8.	Бывают ли судороги?	ДА	НЕТ								
9.	Страдаете ли кожными заболеваниями?	ДА	НЕТ								
10.	Страдаете ли нарушением зрения? Если «ДА», то отметить: <table border="1" data-bbox="236 1653 1198 1697"><tr><td>миопия</td><td><input type="checkbox"/></td><td>гиперметропия</td><td><input type="checkbox"/></td><td>косоглазие</td><td><input type="checkbox"/></td><td>иное</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	миопия	<input type="checkbox"/>	гиперметропия	<input type="checkbox"/>	косоглазие	<input type="checkbox"/>	иное	<input type="checkbox"/>	ДА	НЕТ
миопия	<input type="checkbox"/>	гиперметропия	<input type="checkbox"/>	косоглазие	<input type="checkbox"/>	иное	<input type="checkbox"/>				
11.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу? _____ _____ _____										