



Анкета спортивно-медицинского обследования для взрослого

Пожалуйста, ответьте на вопросы перед приемом врача. Правильно заполненная анкета поможет врачу провести обследование, а также дать оценки и рекомендации. Указанная в анкете информация конфиденциальна. Пожалуйста, поясняйте ответы, на которые вы ответили «да». Пояснения можно добавить в конце вопросов или анкеты. Спасибо!

Имя: _____ **Пол:** М Ж **Возраст:** _____
Личный код: _____ **Адрес:** _____
Телефон: _____ **Электронная почта:** _____

1. Почему вы решили пройти обследование: информация о здоровье определение выносливости к нагрузкам рекомендации относительно занятий спортом другая причина _____
2. Когда и где вы проходили предыдущее спортивно-медицинское или иное обследование? _____

Вопросы относительно занятий спортом

3. Цели занятия спортом: занятие досуга поддержание физической формы достижение более хороших результатов другая причина _____
4. Спортивная дисциплина (спортивные дисциплины) _____ стаж _____
5. Сколько раз в неделю вы тренируетесь? _____ Всего: _____ часа (часов) в неделю.
6. Нагрузки во время тренировок стабильны уменьшаются растут ? _____
7. Были ли между занятием спортом продолжительные перерывы? Месяц до одного года более одного года _____
8. Занимались ли вы спортом в школе? Нет Да Какой дисциплиной? _____
9. Принимали ли вы участие в соревнованиях? Нет Да Сколько раз в год, в каких дисциплинах? _____
10. Какова цель участия в соревнованиях? Нравится принимать участие достижение результатов

Вопросы относительно образа жизни

11. Вы учитесь работаете ? _____
12. Характер работы: физическая работа сидячая работа работа сопряжена с умственным напряжением ? _____
13. Вы довольны своим режимом сна и питания? Да Нет _____
14. Вы придерживаетесь специальной диеты или избегаете определенных продуктов? Нет Да _____
15. Вы намеренно снижали или набирали вес, или хотите это сделать? Нет Да _____
16. Вы курите? Нет Да



Анкета спортивно-медицинского обследования для взрослого

Вопросы относительно здоровья

17. Беспокоит ли вас какой-то вопрос относительно здоровья, который вы хотели бы обсудить с врачом? Нет Да _____
18. Когда вы последний раз болели с высокой температурой (сколько месяцев, лет назад)? _____
19. Есть ли у вас хронические заболевания: сердечное заболевание диабет астма анемия гипертония заболевание почек заболевание ЖКТ заболевание глаз депрессия другое заболевание _____
20. Вы принимаете медикаменты или пищевые добавки? Нет Да Какие: _____
21. В последний раз вы посещали врача-специалиста или семейного врача (сколько месяцев, лет назад)? _____
22. В течение последних двух лет вы проходили стационарное лечение? Нет Да _____
23. Вам делали операции? Нет Да _____
24. У вас есть аллергии или пищевая непереносимость? Нет Да _____
25. Вы используете для коррекции зрения очки? Нет Да Контактные линзы? Нет Да
26. Испытывали ли вы при физических нагрузках, после физических нагрузок или в состоянии покоя дискомфорт, тяжесть или боль в области грудной клетки? Нет Да _____
27. Испытывали ли вы при физических нагрузках, после физических нагрузок или в состоянии покоя головокружение, проблемы с дыханием, приступы учащенного сердцебиения или неравномерный сердечный ритм? Нет Да _____
28. В течение последнего года были ли препятствием для занятий спортом проблемы с костями, суставами или мышцами? Нет Да _____
29. Были ли среди близких родственников (родителей, братьев, сестер) случаи внезапной смерти или случаи сердечных заболеваний гипертонии инсультов диабета повышенной массы тела астмы остеопороза опухолей прочих проблем _____

Вопросы для женщин

30. У вас регулярный менструальный цикл? Да Нет _____
31. Вы рожали? Нет Да _____
32. Вы принимаете оральные контрацептивы? Нет Да _____

Место для пояснений

Дата: ____ / ____ / _____

Подпись спортсмена _____