

KHOA THỂ THAO KHU HỌC CHÁNH KENT
GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KÊ KHAI TIỀN SỬ BỆNH LÝ TRƯỚC KHI THAM GIA HOẠT ĐỘNG THỂ THAO

Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Ngày Khám: _____ Lớp: (2022-2023)

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại Chính: _____ Môn Thể Thao: _____ Mã Số Học Sinh KSD: _____

GHI CHÚ CỦA NGƯỜI KHÁM:

- Giấy khám cho học sinh **cấp trung học cơ sở** (lớp 7 - 8) trước khi tham gia hoạt động thể thao.
 Giấy khám cho học sinh **cấp trung học phổ thông** (lớp 9 - 12) trước khi tham gia hoạt động thể thao.

Học Sinh Tham Gia Hoạt Động Thể Thao và Phụ Huynh/Người Giám Hộ: Vui lòng xem xét tất cả các câu hỏi và trả lời với tất cả những gì quý vị biết.

Bác Sĩ: Vui lòng cùng học sinh tham gia hoạt động thể thao xem xét chi tiết bất kỳ câu trả lời nào được trả lời có.

TIỀN SỬ BỆNH LÝ

- | | Có | Không |
|--------|--------------------------|--|
| 1. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gần đây em có bất kỳ bệnh/chấn thương nào hoặc hiện tại em có bị bệnh/chấn thương không? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có gặp bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe, bệnh tật hoặc chấn thương kể từ lần khám trước không? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có mắc bất kỳ bệnh mạn tính hay bệnh tái phát nào không? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị bệnh kéo dài hơn một tuần không? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng nhập viện qua đêm không? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng thực hiện bất kỳ phẫu thuật nào ngoài phẫu thuật cắt bỏ amiđan không? |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng có bất kỳ chấn thương nào cần được bác sĩ điều trị không? |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có bị thiếu cơ quan nào ngoài amiđan (như ruột thừa, mắt, thận, tinh hoàn, v.v.) không? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hiện tại em có đang dùng BẤT KỲ loại thuốc nào (bao gồm cả thuốc tránh thai, vitamin, aspirin, v.v.) không? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có dị ứng với BẤT KỲ điều gì (thuốc, ong, thực phẩm hoặc các yếu tố khác) không? |
| 4. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị đau ngực, chóng mặt, ngất xỉu, bất tỉnh trong hoặc sau khi tập thể dục không? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có thấy bản thân dễ bị mệt hoặc mệt nhanh hơn so với bạn bè trong khi tập thể dục không? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng gặp bất kỳ vấn đề gì về huyết áp hoặc tim mạch không? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có bất kỳ người thân nào từng bị bệnh tim, đau tim hoặc đột tử trước tuổi 50 không? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có gặp bất kỳ vấn đề nào về da (mụn trứng cá, ngứa, phát ban, v.v.) không? |
| 6. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị ngất xỉu, co giật, động kinh hoặc chóng mặt nghiêm trọng không? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có thường xuyên bị đau đầu dữ dội không? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị "đau nhói" hoặc "đau bóng râm" hoặc "chèn ép dây thần kinh" không? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị "ngã gục" hoặc "bất tỉnh" không? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị chấn thương cổ, chấn thương đầu hoặc chấn động não không? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị kiệt sức do nhiệt, say nắng, chuột rút do nhiệt hoặc gặp các vấn đề tương tự liên quan đến nhiệt không? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có bị hen suyễn, khó thở hoặc ho trong hoặc sau khi tập thể dục không? |
| 9. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có đeo kính, kính áp tròng hay kính bảo vệ mắt không? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có gặp vấn đề gì về mắt hoặc thị lực không? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có đeo bất kỳ thiết bị nha khoa nào như niềng răng, cầu răng, hàm giả hoặc hàm duy trì không? |
| 11. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị chấn thương đầu gối không? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị chấn thương mắt cá chân không? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị chấn thương ở bất kỳ khớp nào khác (vai, cổ tay, ngón tay, v.v.) không? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bị gãy xương (nứt xương) không? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có từng bó bột, nẹp hay phải dùng nạng không? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có phải sử dụng thiết bị đặc biệt để thi đấu (đệm, nẹp, cuộn cổ, v.v.) không? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Có phải đã hơn 5 năm kể từ lần cuối em tiêm nhắc lại vắc-xin uốn ván không? |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có lo lắng về cân nặng của mình không? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> DÀNH CHO NỮ: Em có gặp bất kỳ vấn đề nào về kinh nguyệt không? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Em có bất kỳ lo lắng nào về vấn đề sức khỏe khi tham gia môn thể thao của em không? |

***** HỌC SINH THAM GIA HOẠT ĐỘNG THỂ THAO KHÔNG VIẾT VÀO PHẦN DƯỚI ĐƯỜNG NÀY *****

EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):

KENT SCHOOL DISTRICT ATHLETIC DEPARTMENT

STUDENT NAME: _____

EXPIRATION DATE:
(SCHOOL USE ONLY)

PHYSICAL EXAMINATION

Age: _____ Weight: _____ Pulse: _____ Blood Pressure: _____

Height: _____ Visual Acuity: Left 20/_____

Right 20/_____

Normal

Abnormal

- | | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | Head | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2. | Eyes (pupils), ENT | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. | Teeth | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4. | Chest | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5. | Lungs | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6. | Heart | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7. | Abdomen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8. | Neurologic | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9. | Skin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. | Physical Maturity | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. | Spine, Back | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. | Shoulders, Upper extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. | Lower extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |

PLEASE NOTE: THIS EXAMINATION IS FOR A PERIOD OF 24 MONTHS PER WIAA REGULATION, UNLESS OTHERWISE INDICATED. A NEW PHYSICAL EXAMINATION IS REQUIRED PRIOR TO INITIAL PARTICIPATION AT BOTH THE MIDDLE SCHOOL LEVEL (GRADES 7 – 8) AND SENIOR HIGH LEVEL (GRADES 9 – 12).

- Assessment: Full participation at the **senior high level** (grades 9 - 12).
 Full participation at the **middle school level** (grades 7 - 8).
 Limited participation (describe limitations, restrictions):
- To be eligible to participate, an examiner must check one of these boxes.

Participation contraindicated (list reasons):

Recommendations (equipment, taping, rehabilitation, etc.):

EXAMINER'S SIGNATURE: _____

DATE: _____

PRINT EXAMINER'S NAME: _____

EXAMINER'S PHONE NUMBER: (____) _____