

病史表

(注：見醫療提供方之前，由患者及其家長/監護人填寫表格。醫療提供方會在患者的病歷中保留一份副本。學校會根據《家庭教育權利和隱私法》(FERPA) 的要求在學生的教育記錄中保留一份副本。根據 FERPA，教育記錄可能包括學校保存的任何學生的健康記錄。)



請掃描二維碼獲取最新的心理健康相關資源。

姓名：_____ 出生日期 _____

性別：_____ 年齡：_____ 年級：_____ 學校：_____ 體育項目：_____

服用的藥物及過敏情況：請列出您目前正在服用的所有處方藥、非處方藥和補充劑（草藥和營養品）。

您是否有過敏史？ 是 否 如果是，請確定以下具體的過敏項。

藥物 花粉 食品 蜚人昆蟲

在過去兩周裡，您多久被以下任一問題困擾一次？

使用以下量表按照 0 到 3 給出答案：0 = 從未；1 = 幾天；2 = 超過一半的天數；3 = 幾乎每天

對做某事缺乏興趣或樂趣：0 1 2 3 情緒低落、沮喪或絕望：0 1 2 3

醫療提供方須知：如果綜合得分為 3 分或以上，學生應該接受 PHQ-9 進一步評估，以確定他們是否符合抑鬱症的標準。

在下面解釋選擇“是”答案的原因。圈出您不知道答案的問題。

常見問題	是	否
1. 您是否有任何問題想與您的醫療提供方討論？		
2. 醫生或其他醫護專業人員是否曾以任何理由拒絕或限制您參加體育活動？		
3. 您是否有持續的健康問題或近期是否生病？		
4. 您是否感染過需要住院治療的 COVID-19？		
這些問題讓我們瞭解您的心臟健康狀況	是	否
5. 您在運動中或運動後是否出現過昏倒或差點昏倒？		
6. 您在運動中胸部是否出現過不適、疼痛、緊繃或壓迫感？		
7. 在運動中，您是否出現過心跳加快、胸顫或心律不齊（心律不齊）？		
8. 醫生是否告訴過您有任何心臟疾病？如果是，勾選所有適用項： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟雜音 <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 心臟感染 <input type="checkbox"/> 川崎病 其他：_____		
9. 醫生是否要求過您做心臟檢查？例如，心電圖 (ECG) 或超聲心動圖。		
10. 在運動過程中，您是否感到頭昏眼花或比您的朋友呼吸急促？		
11. 您是否有過癲癇發作？		
這些問題讓我們瞭解您家人的心臟健康狀況。請盡您所能回答。	是	否
12. 是否有任何家庭成員或親屬在 35 歲前死於心臟病或意外猝死（包括溺水或不明原因的車禍）？		
13. 您家裡是否有人患有遺傳性心臟病，如肥厚型心肌病 (HCM)、馬凡氏綜合症、致心律失常性右室心肌病 (AR-VC)、長 QT 綜合症 (LQTS)、短 QT 綜合症、Brugada 綜合症或兒茶酚胺能多態性室性心動過速 (CPVT)？		
14. 您家裡是否有人在 35 歲之前裝過心臟起搏器或植入式除顫器？		

這些問題讓我們瞭解任何可能會限制您身體活動能力的骨骼或關節疾病。	是	否
15. 您是否曾因應力性骨折或骨骼、肌肉、韌帶、關節或肌腱受傷而錯過訓練或比賽？		
16. 您是否因骨骼、肌肉、韌帶或關節受傷而受到過困擾？		
這些問題讓我們瞭解當前或過去的任何醫療問題	是	否
17. 您在運動中/運動後是否出現咳嗽、喘息或呼吸困難？		
18. 您是否缺失腎臟、眼睛、睪丸（雄性）、脾臟或任何其他器官？		
19. 您是否有過腹股溝或睪丸疼痛或腹股溝區域疼痛性鼓包或疝氣？		
20. 您是否患有復發性皮疹，或是反反復復出現皮疹，包括皰疹或耐甲氧西林金黃色葡萄球菌 (MRSA) 嗎？		
21. 您是否有過腦震盪或頭部受傷，從而導致神志不清、長時間頭痛或記憶力減退問題？		
22. 您是否曾經感到手臂或腿部麻木、刺痛，無力，或在被撞倒或跌倒後無法移動手臂或腿部？		
23. 您在大熱天運動時是否生過病？		
24. 您或您的家人是否有鎌狀細胞體質或疾病？		
25. 您的眼睛或視力是否曾患過或目前患有任何疾病？		
這些問題讓我們瞭解當您運動時您是否能為自己的身體提供足夠的能量（燃料）	是	否
26. 您是否擔心您的體重？		
27. 您是否在努力或有人已建議您增重/減肥？		
28. 您是否有特殊的飲食習慣或者您會避免某些類型的食物或食物種類？		
29. 您是否有過飲食失調？		
30. 您是否有過月經期？（如果是，請回答以下問題。）		
31. 您第一次來月經的時候多大了？_____		
32. 您最近一次月經是什麼時候？_____		
33. 在過去的 12 個月裡，您有過幾次月經？_____		

在此處解釋選擇“是”答案的原因：_____

我在此聲明，據我所知，我對上述問題的回答是完整和正確的。

運動員簽名 _____ 家長/監護人簽名 _____ 日期 _____

ORS 336.479, 第1 (3) 節“學區應要求繼續參加7至12年級課外體育活動的學生每兩年進行一次體檢。”第1 (5) 節“本節要求的任何體檢應由 (a) 擁有不受限制行醫執照的醫生；(b) 持照自然療法醫生；(c) 持照助理醫生；(d) 持照執業護士；或 (e) 在檢測心肺疾病和缺陷方面受過臨床培訓並有豐富經驗的持照脊骨神經醫師進行。”

表格改編自©2023 美國家庭醫生學會、美國兒科學會、美國運動醫學學會、美國體育醫學學會、美國運動醫學矯形外科學會和美國運動醫學骨科學會。OHA 心理健康相關資源可通過上述二維碼或 <https://www.osaa.org/resources> 在OSAA網站上找到。

體檢表

(注：醫療提供方會在患者的病歷中保留一份副本。學校根據《家庭教育權利和隱私法》(FERPA) 的要求，在學生的教育記錄中保留一份副本。根據 FERPA，教育記錄可能包括學校保存的任何學生的健康記錄。)



請掃描二維碼獲取最新的心理健康相關資源。

體檢日期：_____

姓名：_____ 出生日期：_____

性別：_____ 年齡：_____ 年級：_____ 學校：_____ 體育項目：_____

體檢		
身高：體重：BMI %：		
BP：/ (/) 脈搏：視力 R 20/ L 20/ 是否矯正過 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
內科	正常	異常
外貌		
眼睛/耳朵/鼻子/喉嚨		
淋巴結		
心臟 •雜音(站立聽診，仰臥聽診，伴和不伴 Valsalva 動作)		
脈搏		
肺部		
腹部		
皮膚		
神經系統		
肌肉骨骼		
頸部		
背部		
肩部/胳膊		
肘部/前臂		
手腕/手/手指		
臀部/大腿		
膝關節		
腿部/腳踝		
腳/腳趾		

獲准參加所有體育項目，不受限制

獲准參加所有體育項目，不受限制，但建議對以下各項做進一步評估或治療：

未獲准

等待進一步評估

針對任何體育項目

針對某些體育項目：_____

原因：_____

建議：_____

我已經對上述學生進行了體檢，並完成了參與前的身體評估。運動員在鍛煉和參加上述體育項目沒有明顯的臨床禁忌症。體檢的影本在我辦公室有備案，可以應家長要求提供給學校。如果在運動員獲得參賽許可後出現任何情況，醫療提供方可以取消許可，直到問題得到解決為止，並向運動員（以及家長/監護人）徹底解釋潛在的後果。這份表格是州教育委員會要求的現行表格的精確副本，其中包含相同的病史問題和體檢結果。我選對“建議體檢方案”進行了審核。

醫療提供方名稱（正楷/鉛字）_____ 日期：_____

地址：_____ 電話：_____

醫療提供方簽名：_____

ORS 336.479, 第1 (3) 節“學區應要求繼續參加7至12年級課外體育活動的學生每兩年進行一次體檢。”第1 (5) 節“本節要求的任何體檢應由 (a) 擁有不受限制行醫執照的醫生；(b) 持照自然療法醫生；(c) 持照助理醫生；(d) 持照執業護士；或 (e) 在檢測心肺疾病和缺陷方面受過臨床培訓並有豐富經驗的持照脊骨神經醫師進行。”

表格改編自©2023 美國家庭醫生學會、美國兒科學會、美國運動醫學學會、美國體育醫學學會、美國運動醫學矯形外科學會和美國運動醫學骨科學會。OHA 心理健康相關資源可通過上述二維碼或 <https://www.osaa.org/resources> 在OSAA網站上找到。