

## KENT SCHOOL DISTRICT ATHLETIC DEPARTMENT

### تاریخچه اشتراک و امتحان فیزیکی

نام: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ تاریخ امتحان: \_\_\_\_\_ صنف: (2022-2023)  

آدرس: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ زیپ: \_\_\_\_\_

شماره اولیه تلفون: \_\_\_\_\_ سپورت: \_\_\_\_\_ KSD شماره شناسنامه شاگرد: \_\_\_\_\_

یادداشت امتحان گیرنده:  این امتحان بخاطر اشتراک کردن در دوره متوسطه مکتب (صنف 7-8 است)

این امتحان بخاطر اشتراک کردن در دوره لیسه عالی مکتب (صنف 9-12) است

**ورزشکار و والدین/سرپرست:** لطفاً تمام سوالات را مرور کنید و به بهترین حد توانایی نان به آنها جواب دهید  
فزیو: لطفاً با توضیحات ورزشکار مرور کنید خواهد جوابات مثبت داشت.

### تاریخچه

- |   |                          | لی                       | نخیر                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. آیا در این اواخر شما کدام مریضی/زخم داشتید، و یا حالی شما کدام مریضی/زخم دارید؟                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| از آخرین معاینه به بعد آیا شما کدام مشکل طبی، بیماری یا زخم داشته اید؟                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا شما مریضی مزمن یا عود کننده ای دارید؟   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا تا کنون به بیماری که بیش از یک هفته طول بکشد مبتلا شده اید؟                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی هم شده برای یک شبه در شفاخانه بستر شده باشید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا به جز از برداشتن لوزه/جراحی تانسل جراحی دیگری انجام داده اید؟                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا تا کنون گاهی هم زخمی شده اید که نیاز به تداوی فزیو داشته باشد؟                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا به جز از تانسل ها کدام عضو دیگری (آپاندیس، چشم، کلیه، بیضه و غیره) از دست رفته دارید؟           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا در حال حاضر کدام دوا (از جمله دوا ضد حاملگی، ویتامین، اسپرین و غیره) استفاده می کنید؟           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا شما کدام حساسیت/الرجی (دوا ها، زنبور ها، غذاها یا عوامل دیگر) دارید؟                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی شده در جریان یا بعد از ورزش درد قفسه سینه، سرگیچی، غش یا حالت بیهوشی داشته باشید؟          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا در جریان تمرین نسبت به دوستان تان بسیار به آسانی و یا زودتر خسته می شوید؟                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا تا کنون گاهی هم شده که مشکل قلب یا فشار خون داشته باشید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا کسی از اقارب نزدیک دارید که قبل از سن 50 سالگی مشکلات قلب، حمله قلبی یا مرگ ناگهانی داشته باشد؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا کدام مشکلات جلد (آکنه، خارش، بخار و غیره) دارید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا تا کنون شده که غش، آشوب، حمله ناگهانی یا سرگیچی شدید داشته باشید؟                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا سردردی شدید یا دوامدار در دارید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا تا کنون گاهی شده "گزنده" یا "سوختگی" یا "افشردگی رشته عصبی" داشته باشید؟                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی هم شده که شما عقب مانده باشید و یا به پیش رفته باشید؟                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی شده که شما دچار زخم گردن، زخم سر و یا ضربه عصبی داشته باشید؟                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی دچار گرما زدگی، حالت گرما، گرفتگی گرما یا مشکلات مشابه مرتبط به گرما شده اید؟              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی در جریان تمرین یا بعد از آن نفس تنگی، به سختی نفس گرفتن، و یا سرفه مبتلا شده اید؟          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا شما اینک، لینز ارتباطی یا چشم پوش محافظتی میپوشید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی با مشکلات چشم و یا دید مبتلا شده اید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا کدام وسایل داکتر دندان را می پوشید از قبیل پشت بند، برآمدگی بینی، قابک یا گیره؟                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی شده تکلیف زانو داشته باشید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی هم زخم در بندپا یا داشته اید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی زخم مشترک (شانه، آرنج، انگشتان و غیره) داشته اید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی استخوان شکستگی (کسر استخوان) داشته اید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا گاهی تا کنون گچ، تراش کوچک یا مجبور شده اید از عصا استفاده کنید؟                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا شما باید از تجهیزات خاص (پیداها، کمر بند، گردن بند محافظتی و غیره) برای مسابقه استفاده کنید؟    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا بیشتر از 5 سال میشود که آخرین واکسین تقویتی تیتانوس را استفاده کرده اید؟                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا بخاطر وزن زیاد تان ناراحت هستید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| خانمها: آیا گاهی کدام مشکل قاعدگی داشته اید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آیا شما کدام سند طبی برای اشتراکداری در سپورت تان داشته اید؟  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*\*\*\*\* ورزشکار نباید بیشتر از این خط بنویسد \*\*\*\*\*

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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_