



■ 参加前身体评估

历史表

注：在预约的见面前，请填写这张表并签字（如果未满 18 岁，家长也要签字）。

姓名：_____ 出生日期：_____

体检日期：_____ 体育项目：_____

出生性别（女性，男性，或双性人）：_____ 你认为自己是什么性别？（女性，男性，或其他）：_____

请列出过去和当前的医疗状况。_____

你做过手术吗？如果做过，请列出以前做过的所有手术。_____

药物和保健品：请列出当前使用的所有处方药、非处方药、保健品（植物性补充剂、营养品）。_____

你有任何过敏吗？如果有，请列出所有的过敏（即：药物、花粉、食物、虫蛰）。_____

患者健康问卷第 4 版（PHQ-4）

前两个星期之间，你遇到任何以下问题多少次？（请圈选回答。）

	从来没有	几天	超过一半天数	几乎每一天
感到紧张、焦虑或不安	0	1	2	3
无法停止或控制担心	0	1	2	3
对做什么事情没有多少兴趣或乐趣	0	1	2	3
感到情绪低落、抑郁或绝望	0	1	2	3

（为筛查目的，如果任何子量表【问题1和2，或问题3和4】总和 ≥ 3 视为阳性。）

一般问题 (在这张表的末尾，对肯定的回答进行解释。如果你不知道答案，请把该问题圈起来。)	是	否
1. 你有希望与你的医疗保健提供者讨论的任何关切吗？		
2. 医疗保健提供者是否曾因任何原因不同意或限制你参加体育活动？		
3. 你最近有任何持续存在的健康问题或近期的疾病吗？		
你的心脏健康问题	是	否
4. 在运动期间或之后，你曾经晕倒或几乎晕倒过吗？		
5. 在运动时，你胸部曾有过不舒服、疼痛、胸闷或压迫感吗？		
6. 在运动时，你的心脏曾经心跳过快、病态阵跳、漏跳（心跳不规律）吗？		
7. 是否曾有医生告诉你你有任何心脏问题？		
8. 曾有医生要求你做心脏检查吗？比如，心电图或超声心电图。		

你的心脏健康问题[续]	是	否
9. 在运动时，你比你朋友更感到头晕或呼吸急促吗？		
10. 你曾有癫痫吗？		
你的家人的心脏健康问题	是	否
11. 你的任何家庭成员或亲戚是否死于心脏问题，或者在 35 岁前不曾预料或无法解释地突然死去（包括溺亡或无法解释的车辆碰撞事故）？		
12. 你家中是否有任何人有基因性心脏问题，比如肥厚性心脏病，马凡氏症候群，致心律失常性右室心肌病，长 QT 综合征，短 QT 综合征，布鲁格达氏综合征，或儿茶酚胺敏感性多形性室性心动过速？		
13. 你家中是否有任何人在 35 岁前安过心脏起搏器或植入除颤器吗？		

