运动员医学表格 – 健康史

(由运动员或父母/监护人/护理人员完成，并携带至体检处)

Special Olympics

运动员的姓名：_____ 首选姓名：_____

运动员的出生日期（月/日/年）：_____ ☐ 女 ☐ 男

国家：_____ 电子邮箱:_____

并发症- 运动员是否有以下病症 *（勾选符合的选项）*：

☐ 孤独症 ☐ 唐氏症 ☐ 脆性 X 染色体综合征

☐ 大脑性麻痹 ☐ 胎儿乙醇综合征

☐ 其他综合征，请说明：

过敏史 & 饮食忌口	辅助设备 - 运动员是否使用任何辅助设备 *（勾选符合的选项）*：		
☐ 未知的过敏症	☐ 支具	☐ 结肠造口	☐ 交流设备
☐ 乳胶	☐ C-PAP 呼吸机	☐ 拐杖或助行器	☐ 义齿
☐ 药物：	☐ 框架眼镜或隐形眼镜	☐ G 管或 J 管	☐ 助听器
☐ 昆虫叮咬：	☐ 植入装置	☐ 吸入器	☐ 起搏器
☐ 食品：	☐ 可拆卸假肢	☐ 夹板	☐ 轮椅

列出任何特殊饮食需求：

运动参与

列出所有运动员希望参与的特殊奥运会运动：

医生是否曾限制运动员参与运动？

☐ 否 ☐ 是 *如果是，请详细说明：*

手术，感染，疫苗

列出过去所有的手术经历:

运动员目前是否有任何慢性或急性的感染？

☐ 否 ☐ 是 *如果是，请详细说明：*

运动员的心电图（EKG）或超声心动图（Echo）是否曾出现异常？*如果是，请详细说明日期和结果*

☐ 是，EKG 曾出现异常

☐ 是，Echo 曾出现异常

运动员在过去 7 年内是否注射过破伤风疫苗？ ☐ 否 ☐ 是

癫痫症和/或癫痫病史

癫痫症或任何类型的癫痫症状 ☐ 否 ☐ 是

如果是，请列出癫痫类型：

如果是，在过去的一年内是否有癫痫发作？ ☐ 否 ☐ 是

心理健康

在过去的一年内是否有自伤行为？ ☐ 否 ☐ 是

在过去的一年内是否有攻击行为？ ☐ 否 ☐ 是

抑郁症 *（经诊断）* ☐ 否 ☐ 是

焦虑症 *（经诊断）* ☐ 否 ☐ 是

详细说明任何其他的心理健康问题：

家族史

是否有任何家族成员在 50 岁前死于心脏问题？ ☐ 否 ☐ 是

是否有任何家族成员在运动时死亡？ ☐ 否 ☐ 是

列出运动员家族中 所有的医疗史：

运动员医学表格 – 健康史

(由运动员或父母/监护人/护理人员完成，并携带至体检处)

运动员的姓名： _____

运动员是否曾被诊断为以下症状或经历过以下状况								
意识丧失	☐否	☐是	高血压	☐否	☐是	中风/瞬时性脑缺血	☐否	☐是
运动中或运动后头晕	☐否	☐是	高胆固醇	☐否	☐是	脑震荡	☐否	☐是
运动中或运动后头痛	☐否	☐是	视力障碍	☐否	☐是	哮喘	☐否	☐是
运动中或运动后胸痛	☐否	☐是	听觉障碍	☐否	☐是	糖尿病	☐否	☐是
运动中或运动后气促	☐否	☐是	脾肿大	☐否	☐是	肝炎	☐否	☐是
心跳不规则，心跳加速，心跳暂停	☐否	☐是	单肾	☐否	☐是	尿不适	☐否	☐是
先天性心脏缺损	☐否	☐是	骨质疏松症	☐否	☐是	脊柱裂	☐否	☐是
心脏病发作	☐否	☐是	骨量减少	☐否	☐是	关节炎	☐否	☐是
心肌症	☐否	☐是	镰状细胞疾病（贫血）	☐否	☐是	中暑	☐否	☐是
心脏瓣膜疾病	☐否	☐是	镰刀型贫血特质	☐否	☐是	骨折	☐否	☐是
心杂音	☐否	☐是	易出血	☐否	☐是	脱臼	☐否	☐是
心内膜炎	☐否	☐是	如果是女性运动员，请列出上一次的月经期：					

详细说明过去的骨折或脱臼经历 *（如果勾选了这两者中的任一选项）*

列出其他正在发生的或过去的医疗状况：

与脊髓压迫和寰枢椎不稳有关的神经学症状					
难以控制大小便	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了？*	☐否	☐是
腿、手臂、手或脚麻木或刺痛	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了？*	☐否	☐是
腿、手臂、手或脚麻木或刺痛	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了？*	☐否	☐是
脖子、后背、肩膀、手臂、手、臀部、腿或脚的灼痛、刺痛、神经压迫或疼痛	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了？*	☐否	☐是
头部倾斜	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了？*	☐否	☐是
痉挛状态	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了？*	☐否	☐是
瘫痪	☐否	☐是	*如果是，这是过去 3 年以来的新症状还是变得更严重了*	☐否	☐是

请列出所有的药物、维生素或膳食补充剂

（包括吸入器、避孕或激素治疗）

药物、维生素或膳食补充剂	*剂量*	*每日摄入的次数*	药物、维生素或膳食补充剂	*剂量*	*每日摄入的次数*	药物、维生素或膳食补充剂	*剂量*	*每日摄入的次数*

运动员是否能管理自己的药物？ ☐否 ☐是

完成此表格的人员姓名	**与运动员的关系**	**电话**	**电子邮箱**

运动员医学表格 – 体检

（由有资格实施检查和开处方的持执照医疗专业人员完成）

运动员的姓名：_____

医学健康信息

（由有资格实施检查和开处方的持执照医疗专业人员完成）

身高	体重	身体质量指数 *（选填）*	体温	脉搏	O_2Sat（血氧饱和度）	血压（单位 mmHg）		视力
cm	kg	BMI	C			右侧血压：	左侧血压：	右眼视力 -20/40 或更佳 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 不适用
in	lbs	体脂率%	F					左眼视力 - 20/40 或更佳 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 不适用

右耳听力（手指研擦法）	☐ 有反应	☐ 无反应	☐ 无法评估	
左耳听力（手指研擦法）	☐ 有反应	☐ 无反应	☐ 无法评估	
右耳道	☐ 清晰	☐ 有耳垢	☐ 有异物	
左耳道	☐ 清晰	☐ 有耳垢	☐ 有异物	
右鼓膜	☐ 清晰	☐ 穿孔	☐ 感染	☐ 不适用
左鼓膜	☐ 清晰	☐ 穿孔	☐ 感染	☐ 不适用
口腔卫生	☐ 优	☐ 良	☐ 差	
甲状腺肿大	☐ 否	☐ 是		
淋巴结肿大	☐ 否	☐ 是		
心杂音（仰卧）	☐ 否	☐ 1/6 或 2/6	☐ 3/6 或更高	
心杂音（站立）	☐ 否	☐ 1/6 或 2/6	☐ 3/6 或更高	
心律	☐ 规则	☐ 不规则		
肺	☐ 清晰	☐ 不清晰		
右腿水肿	☐ 否	☐ 1+ ☐ 2+	☐ 3+	☐ 4+
左腿水肿	☐ 否	☐ 1+ ☐ 2+	☐ 3+	☐ 4+
脉对称	☐ 是	☐ R>L	☐ L>R	
苍白病	☐ 否	☐ 是，请说明		
杵状指	☐ 否	☐ 是，请说明		

肠鸣音		☐ 是	☐ 否		
肝肿大		☐ 否	☐ 是		
脾肿大		☐ 否	☐ 是		
腹部压痛	☐ 否	☐ 右上腹	☐ 右下腹	☐ 左上腹	☐ 左下腹
肾压痛		☐ 否	☐ 右	☐ 左	
右上肢反射		☐ 正常	☐ 减弱	☐ 反射亢进	
左上肢反射		☐ 正常	☐ 减弱	☐ 反射亢进	
右下肢反射		☐ 正常	☐ 减弱	☐ 反射亢进	
左下肢反射		☐ 正常	☐ 减弱	☐ 反射亢进	
步态异常		☐ 否	☐ 是，请说明		
痉挛状态		☐ 否	☐ 是，请说明		
震颤		☐ 否	☐ 是，请说明		
脖子和后背灵活性		☐ 完全能活动	☐ 不能完全活动，请说明		
上肢灵活性		☐ 完全能活动	☐ 不能完全活动，请说明		
下肢灵活性		☐ 完全能活动	☐ 不能完全活动，请说明		
上肢力量		☐ 力量完整	☐ 力量减弱，请说明		
下肢力量		☐ 力量完整	☐ 力量减弱，请说明		
敏感性损伤		☐ 否	☐ 是，请说明		

脊髓压迫和寰枢椎不稳（AAI） *（仅选一项）*

☐ **运动员未表现出与脊髓压迫或寰枢椎不稳有关的神经症状或体征。**

或

☐ **运动员表现出了可能与脊髓压迫或寰枢椎不稳有关的神经症状或体征，且必须进行一次额外的神经学评估来排除参与运动的脊髓损伤风险**

运动员参与许可 *（仅由体检医生完成）*

持执照的体检医生在体检之前，建议体检医生与运动员或其监护人对病史中的项目进行核实讨论。如果运动员需要进一步的医疗评估，请在下方说明，并且第二位医师应完成第 4 页的内容。

☐ **此运动员可无限制地参加特殊奥运会。**

☐ **此运动员可在限制条件下参加特殊奥运会。** 请说明 →

☐ **此运动员这次 可能无法参加 特殊奥运会，且因为以下潜在问题，必须由一位医师进行进一步的评估**

- ☐ 心脏检查
- ☐ 神经检查
- ☐ 其他，请说明：
- ☐ 急性感染
- ☐ II 期高血压或更高
- ☐ 室内空气中血氧饱和度低于 90%
- ☐ 肝肿大或脾肿大

持执照体检医生的其他备注及建议随访（非必需）：

- ☐ 随访心脏病科医师
- ☐ 随访视力专家
- ☐ 随访足病医生
- ☐ 其他/体检备注：
- ☐ 随访神经科医师
- ☐ 随访听力专家
- ☐ 随访理疗师
- ☐ 随访初级护理医师
- ☐ 随访牙医或牙科保健师
- ☐ 随访营养学家

		姓名：	
		电子邮箱：	
持执照医学专家的签名	体检日期	电话：	执照编号：

运动员医学表格 – 医疗转诊表
（只有需要转诊时才由一位医疗专业人员完成）

运动员的姓名：

只有当第3 页的医师未许可运动员的参与请求，且建议运动员进行随访时，此页面才需填写并签字。

运动员应携带之前已完成的表格页面至医师处。

体检医师的姓名：

专科：

我已针对以下医学潜在问题对此运动员进行了体检 - *请说明：*

☐ 心脏检查　☐ 急性感染　☐ 室内空气中血氧饱和度低于 90%

☐ 神经检查　☐ II 期高血压或更高　☐ 肝肿大或脾肿大

☐ 其他，请说明：

根据我的专业审查，此运动员可以参加特殊奥运会（在下方说明限制）：

☐ **是，无需限制**　☐ **是，但是有限制** ***（在下方列出）***　☐ **否**

体检医生的其他备注/限制：

体检医生的电子邮箱：

体检医生的电话：

执照：

体检医师的签名：	**日期**

此栏仅由特殊奥运会员工完成（如果适用）。

此医学体检是在 MedFest 活动上完成的吗？　☐ 是　☐ 否

运动员是一名联合合作伙伴（Unified Partner）还是青年运动员活动参与者？　☐ 联合合作伙伴（Unified Partner）　☐ 青年运动员