

运动员注册更新表

所有参加特殊奥林匹克运动会的运动员每年都需要更新一次

Special Olympics



所属特殊奥林匹克运动会组织: _____

运动员信息 - 由运动员或父母/监护人/看护人填写。

名字: _____ 姓: _____ 中间名: _____

出生日期 (日/月/年): ____/____/____ 性别: 女性 男性 不想回答

家庭住址: _____ 国家: _____

电话号码: _____ 移动 座机

仅限工作人员填写:

在过去的一年里, 您的健康史有什么变化吗? 是的 不

运动员 ID: _____

如果是, 请填写健康史部分。如果没有, 请填写签名部分。

健康历史

运动员在参加特殊奥林匹克运动会期间拥有和可能使用的健康和/或助行器具。	CPAP 正压通气 义肢 假牙 没有	眼镜/隐形眼镜/防护眼镜 助听器/通讯设备 起搏器/植入式除颤器 其他: _____	用于癫痫假体的植入式装置 轮椅/助行器/腿部支架假牙 VP 分流器
-------------------------------------	-----------------------------	---	---

List any allergies and/or dietary requirements:

一般健康问题:

您有心脏病吗?	是的 不	您患有哮喘吗?	是的 不
您是否曾有过头部受伤或脑震荡?	是的 不	您患有糖尿病吗?	是的 不
如果是, 头部受伤/脑震荡的次数: _____		您有视力障碍吗?	是的 不
最近头部受伤/脑震荡的日期: _____		您有听力障碍吗?	是的 不
您患有出血性疾病吗?	是的 不	您患有镰状细胞病吗?	是的 不
您是否患有癫痫或任何类型的癫痫症?			是的 不
您是否有可能影响您/他人参与的行为、心理健康和/或感官状况?			是的 不

如果对上述任何一般健康问题回答是, 请提供其他详细信息:

药物和治疗

您的处方药、非处方药或治疗方法是否有任何变化? 是的 不

如果是, 请在下面列出:

藥物、維生素或補充劑名稱	劑量	每天的次數	藥物、維生素或補充劑名稱	劑量	每天的次數

您是否患有需要使用 EpiPen 的严重过敏症? 是的 不

如果是, 请说明是否属于以下任何一项:

昆虫叮咬 药物/药物 食物 乳胶 其他 (請註明): _____

我保证据我所知, 此表格上提供的信息是真实和正确的。

签名: _____ 日期: _____

此表格是否由运动员以外的人填写? 是的 不

如果是, 请选择与 athlete 的关系: 家长/监护人 照顾者/其他家庭成员 医疗保健提供商 其他: _____