

	תאריך הלידה	מין:	ס"מ משקל	ק"ג	גובה
שאלון רפואי					
(השאלות מנוסחות בלשון זכר, ויחולו בלשון נקבה גם לגבי ספורטאית)					
	1.	האם אושפזת אי פעם?			
* כן / לא	2.	האם עברת ניתוח?			
* כן / לא	3.	האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע?			
* כן / לא	4.	האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים וכו')?			
* כן / לא	5.	האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה בזמן מאמץ?			
* כן / לא	6.	האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ?			
* כן / לא	7.	האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ?			
* כן / לא	8.	האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ?			
* כן / לא	9.	האם אתה סובל מיתר לחץ דם?			
* כן / לא	10.	האם דווח לך אי-פעם על אוושה או רשרוש בלבך?			
* כן / לא	11.	האם היתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב?			
* כן / לא	12.	האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי אחר לפני שמלאו לו 40 שנה?			
* כן / לא	13.	האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד, נקודות חן או עור שסוע)?			
* כן / לא	14.	האם נפגעת פגיעת ראש אי-פעם?			
* כן / לא	15.	האם היה לך זעזוע מוח?			
* כן / לא	16.	האם סבלת בעבר מכאבי ראש קשים?			
* כן / לא	17.	האם נפצעת אי-פעם באחד או יותר מן הבאים (נקע, פריקה או שבר)?			
* כן / לא		יד			
* כן / לא		שורש כף היד			
* כן / לא		מפרק			
* כן / לא		זרוע			
* כן / לא		כתף			
* כן / לא		צוואר			
* כן / לא		גב			
* כן / לא		מותן			
* כן / לא		ירך			
* כן / לא		ברך			
* כן / לא		שוק/קידמת הרגל			
* כן / לא		כף רגל			
* כן / לא	18.	האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות-חום?			
* כן / לא	19.	האם איבדת אי-פעם הכרה בחום?			
* כן / לא	20.	האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות:			
* כן / לא		מונונוקלאוזיס (מחלת נשיקה)			
* כן / לא		צהבת			
* כן / לא		שחפת			
* כן / לא		סוכרת			