**儿童体适能测试问卷**

**基本信息**

姓名： 性别： 出生日期：

截至今年的一月，您的孩子几岁：

学校： 住址：

父母或监护人姓名： 联系电话：

**心肺及其他系统**

1.您的孩子曾经或目前：

□心脏问题 □囊肿性纤维化 □糖尿病 □高血压

□高胆固醇 □呼吸问题或气促（例如哮喘、肺气肿）

□运动中或运动后咳嗽 □其他（请指明）

□以上均无

2.您的孩子曾经或目前：

□癫痫或抽搐，如有，是在休息时还是运动中？

□晕厥 □眩晕 □中暑/热衰竭 □持续出血/血友病

□其他（请指明） □以上均无

3.您的孩子曾经或目前患有饮食紊乱？

□ 有 □ 否

4.您的孩子有否服用任何药物（请指明）：

□心脏病 □癫痫 □糖尿病

□血压 □哮喘、呼吸病 □过敏

□注意力缺陷障碍 □其他（请指明）

□以上均无

**肌肉与骨骼系统**

1.您的孩子在过往的半年内有否肌肉疼痛？ □ 有 □ 否

如有，请解释并指出疼痛的部位（例如左脚踝的外侧或者右脚跟后部）：

1.1有否找医生处理？ □ 有 □ 否

2.您的孩子在过往的半年内有否关节或骨疼痛？ □ 有 □ 否

如有 ，请解释并指出疼痛的部位（例如右腿前侧或左膝内侧）：

2.1有否找医生处理？ □ 有 □ 否

3.您的孩子在过往的一年内有否骨折或骨受伤？ □ 有 □ 否

如有，请解释骨折或受伤的部位及原因：

**神经-肌肉系统**

1.您的孩子曾经或目前存在以下的困难问题？

□专注力 □视力 □听力 □讲话/语言

□平衡能力 □协调能力 □反应能力

□以上均无

**特殊情况**

1.您的孩子目前有否随身携带哮喘喷雾器或通风器？

□ 有 □ 否

2.您的孩子有否因糖尿病而自行注射胰岛素？

□ 有 □ 否

3.您的孩子有否患有任何慢性残疾或其他病症，而这些有可能影响其参与运动？

□ 有 □ 否

如有，请指明情况：

□多动症 □注意力缺陷多动症 □注意力缺陷多动症

□唐氏综合征 □其他（请指明）

4.您的孩子有否患有任何过敏？

□ 有 □ 否

如有，请说明哪些东西会导致他们过敏？

5.您的孩子曾经有否被诊断出营养不良？

□ 有 □ 否

如有，请说明哪些营养不良？

2.您的孩子有否脑部或脊椎受伤？ □ 有 □ 否

3.您的孩子有否一下技能困难？

□上楼梯 □下楼梯 □以上都没有

**整体健康**

1.您的孩子在过往的一年内有否进行手术？ □ 有 □ 否

2.您是否知道任何健康方面的因素或情况而致使您的孩子不能参与运动？

□ 是 □ 否

如有，请说明：

**同意书**

您的签署表示：

●在你所知的范围内提供有关你的孩子健康的资料均准确无误。

●你已经同意您的孩子可以参与运动。

父母或监护人签署： 日期：