

Sports Physical Exam



This physical is required for participating in the CISP sport and is **to be completed by a physician before the first game**. This form will stand as the required sports physical 12 months from the date of completion

Last Name _____ **First Name** _____

Date of Birth (dd/mm/yyyy) _____

Allergies	Food	
	Medication	
	Other	
Medical History	Asthma	
	Diabetes	
	Ear Infections	
	Fainting	
	Headaches	
	Heart	
	Seizures	
	Fractures	
	Injuries	
	Operations	
	Other	
	Height	
	Weight	
	Nose	
	Throat	
	Tonsils	
Heart	Murmur	
	Rhythm	
	Blood Pressure	
	Pulse at rest	
Reproductive	Genitalia/Hernia (Male only)	
Neurological		
Orthopedic	Feet	
	Spine	
	Neck	
	Extremities	

Vision		Left	Right
	Corrected		
	Uncorrected		
Blood	HCT		
	Hemoglobin		

Urine and blood tests to be done at Physician's discretion

Summary for findings and recommendations for treatment

List any restrictions on activities or diet

In your judgement, is this person healthy enough to participate in sports? Yes No

If no, why?

Physician's Name

Address

Date of Examination

Physician's Signature

Sportovní cvičení

Tento formulář je vyžadován pro účast na tělesné výchově CISP a musí být vyplněn lékařem před první aktivitou. Tento formulář bude zároveň potvrzením pro 12 měsíců od data potvrzení.

**Příjmení****Jméno****Datum narození (dd.mm.rrrr)**

Alergie	Jídlo	
	Léky	
	Jiné	
Anamnéza	Astma	
	Diabetes	
	Infekce ucha	
	Mdloby	
	Bolesti hlavy	
	Srdce	
	Záchvaty	
	Zlomeniny	
	Zranění	
	Operace	
	Poruchy stravování	
Jiné		
Výška		
	Váha	
Nos		
	Hrdlo	
	Mandle	
Srdce	Šelest	
	Rytmus	
	Krevní tlak	
	Pulz v klidu	
Pohlavní orgány	Genitálie/Kýla (Pouze muži)	
Neurologické informace		
Ortopedické informace	Chodidla	
	Páteř	
	Krk	
	Končetiny	
Zrak		
	Vlevo	Vpravo

	Upravován		
	Neupravován		
Krev	HCT		
	Hemoglobin		

Krevní a močové testy na uvážení lékaře.

Souhrn nálezů a doporučení pro léčbu

Seznam omezení stravy nebo aktivit

Na základě Vašeho uvážení, je zdravotní stav této osoby vhodný pro účast na sportovních aktivitách?

Ano Ne

Pokud ne, proč?

Jméno lékaře

Adresa

Datum vyšetření

Podpis
