

Päivämäärä: _____ Nimi: _____ Sukupuoli: _____

Hetu: _____ Laji: _____ Ammatti/Opiskelen: _____

Osoite: _____

Omalääkäri: _____

Valmentaja: _____ Lähiomainen (+ puhelinnumero) _____

Vastaa seuraaviin kysymyksiin kyllä tai ei.

Mikäli vastasit kyllä, selvitä vastauksesi kohtaan Tarkempi selvitys ja mainitse kysymyksen numero ensin.

	Kyllä	Ei
1. Onko lääkärisi estänyt sinua osallistumasta harjoitukseen/kilpailuun?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko sinulla kroonisia sairauksia (esim. astma, diabetes)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Käytätkö säännöllisesti käsi- tai reseptilääkkeitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko sinulla esiintynyt ruoka- tai lääkeaineallergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko sinulla esiintynyt muita allergioita (pölyt, eläimet tms)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oletko tuntenut puristusta tai kipua rintakehällä harjoituksen tai kilpailun aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan		
a. korkeaa verenpainetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. poikkeavia sydänääniä.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. poikkeavaa sydänfilmiä.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. poikkeavia veriarvoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkiertosairauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Onko sinulle tehty leikkauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Onko sinulla esiintynyt toistuvia selkäkipuja?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Onko sinulla ollut luunmurtumia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Onko sinulla ollut luun rasitusperäisiä vammoja (esim. rasitusmurtuma)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenahdistusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Onko suvussasi tiedossa astmaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Oletko koskaan joutunut käyttämään astmalääkitystä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko sinulla ihottumataipumusta (esim. atopiaa, hikirauhasen tulehduksia...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus, korvatulehdus...)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Oletko koskaan menettänyt tajuntaasi tai saanut aivotärähdyksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus-/kouristuskohtauksia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, Parkinson, epilepsia, aivohalvaus)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia (ripulia, pahoinvointia jne.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Onko sinulla esiintynyt virtsaelinten sairauksia (esim. virtsatietulehdus, verivirtsaisuus...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Onko sinulla ollut nukahtamisvaikeuksia tai unihäiriöitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Koetko, että sinun pitäisi:		
a. laihtua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. saada lisää massaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. noudatko jotain erityisdieettiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. käytätkö lisäravinteita?		
(30.) Minkä ikäisenä sinulla kuukautisesi alkoivat? _____		
(31.) Kuukautiskiertoni ovat säännölliset ja niiden kesto on n. _____		
Kuukautiskiertoni ovat epäsäännölliset ja tulevat n. _____ kertaa vuodessa		
Kuukautisesi eivät ole vielä alkaneet <input type="checkbox"/>		
Kuukautisesi ovat olleet poissa _____ kk		
(32.) Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Oletko saanut/milloin;		
a. jäykkäkouristusrokotuksen (tetanus)? _____		
b. Hepatiitti A tai B -rokotuksen? _____		
c. muut suomalaisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset? _____		
34. Onko jotain, mitä edellä ei tullut esille?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

