

แบบประเมินความพร้อม ก่อนออกกำลังกาย

อายุ

ปี

ชีพจร

ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต

/

มม.ปรอท

อาการ

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องวงกลม ○

1

แพทย์ที่ตรวจรักษาเคยบอกหรือไม่
ว่าท่านมีภาวะหัวใจขาดเลือด หรือภาวะผิดปกติของหัวใจ

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

2

ท่านเคยรู้สึกจุกแน่นบริเวณหน้าอก
ขณะที่ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายหรือไม่

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

3

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
ท่านเคยรู้สึกจุกแน่นบริเวณหน้าอกแม้ในขณะที่พักหรือไม่

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

4

ท่านมีอาการสูญเสียการทรงตัว (ยืน หรือเดินเซ) เนื่องจาก
อาการวิงเวียนศีรษะหรือไม่ หรือท่านเคยเป็นลมหมดสติหรือไม่

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

5

ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกหรือข้อต่อ (เช่น หลัง เข่า สะโพก)
กำเริบภายหลังการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายหรือไม่

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

6

แพทย์ที่ตรวจรักษา มีการสั่งยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
หรือความผิดปกติของหัวใจให้ท่านหรือไม่

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

7

เท่าที่ท่านทราบ ยังมีเหตุผลอื่น ๆ อีกหรือไม่
ที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมออกกำลังกายได้

☐

ไม่เคย/ไม่มี

☐

เคย/มี

มีหรือเคยเพียงข้อใดข้อหนึ่ง หรือถ้าความดันโลหิตมากกว่า 144/94 มิลลิเมตรปรอท

● โปรดปรึกษาแพทย์ก่อนที่ท่านจะเริ่มออกกำลังกาย ●