

پرسشنامه ارزیابی آمادگی برای فعالیت جسمانی

Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)

نام و نام خانوادگی: _____ کد فردی: _____ تاریخ تولد: _____
 جنس: ☐ زن ☐ مرد تاریخ تکمیل فرم: _____ نام مرکز سلامت خانواده: _____
☐ مرد

ردیف	سوال	بله	خیر
۱	آیا تا به حال پزشک تان به شما گفته است که مشکل قلبی دارید، و اینکه باید تنها بامشورت پزشک دست به فعالیت بدنی بزنید؟		
۲	آیا هنگام انجام فعالیت بدنی، در سینه ی خود درد احساس می کنید؟		
۳	در ماه های گذشته، آیا در زمانی که مشغول فعالیت بدنی نبودید در قفسه ی سینه ی خود درد احساس کرده اید؟		
۴	یا تعادل خود را به علت سرگیجه از دست می دهید یا آیا هرگز هوشیاری تان را از دست داده اید؟		
۵	آیا در استخوان ها یا مفاصل تان از آن جمله مشکلاتی دارید که بتواند با افزایش میزان فعالیت بدنی وخیم تر شود؟		
۶	آیا پزشک تان در حال حاضر برای فشار خون یا مشکل قلبی تان دارو یا قرصی (مثلاً قرص ادرار آور ۲۳) تجویز کرده است؟		
۷	یا هرگونه دلیل دیگری در ذهن دارید که بابتش نباید دست به فعالیت بدنی بزنید؟		

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت