

فرم ارزیابی ماساژ درمانی و حرکات اصلاحی برای ناهنجاری‌های اسکلتی-عضلانی

اطلاعات شخصی

1. نام و نام خانوادگی: _____
2. سن: _____
3. جنسیت: مرد ___ زن ___
4. قد: _____ وزن: _____
5. شغل: _____
6. آدرس: _____
7. شماره تماس: _____

سابقه پزشکی:

1. آیا بیماری‌های مزمن یا خاصی دارید؟ ___ بله ___ خیر
اگر بله، لطفاً توضیح دهید: _____
2. آیا تاکنون جراحی یا آسیب‌دیدگی جدی داشته‌اید؟ ___ بله ___ خیر
اگر بله، لطفاً جزئیات را ذکر کنید: _____
3. آیا دارویی مصرف می‌کنید؟ ___ بله ___ خیر
در صورت بله، نام داروها: _____
4. آیا سابقه حساسیت یا آلرژی دارید؟ ___ بله ___ خیر
اگر بله، نوع آلرژی: _____
5. آیا سابقه بیماری‌های زیر را دارید؟

___ دیسک کمر یا گردن
___ آرتروز
___ اسکولیوز
___ دیگر: _____

سابقه اسکلتی-عضلانی

1. ناحیه‌ای که درد یا ناراحتی دارید کدام است؟ (می‌توانید چند گزینه انتخاب کنید):
___ گردن ___ شانه ___ کمر ___ لگن ___ زانو ___ مچ ___ پا ___ دیگر: _____

2. شدت درد را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (از 1 تا 10) _____

3. درد یا ناراحتی شما در چه زمانی بیشتر است؟

_____ در حالت استراحت _____ حین فعالیت _____ بعد از فعالیت _____ دیگر: _____

4. آیا مشکل یا محدودیت حرکتی دارید؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، چه نوع حرکتی برای شما مشکل‌ساز است؟

_____ نشستن طولانی _____ ایستادن _____ خم شدن _____ بالا رفتن از پله _____ دیگر: _____

5. آیا تا به حال درمان فیزیوتراپی یا ماساژ درمانی دریافت کرده‌اید؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، چه نوع درمانی و چه نتایج داشته‌اید؟ _____

● وضعیت اسکلتی-عضلانی (توجه ویژه به ناهنجاری‌ها):

1. آیا از ناهنجاری‌های اسکلتی-عضلانی خاصی رنج می‌برید؟

_____ لوردوز (قوس بیش از حد کمر)

_____ کیفوز (قوس بیش از حد پشت)

_____ اسکولیوز (انحراف جانبی ستون فقرات)

_____ دیگر: _____

2. آیا پزشک یا متخصصی برای شما تشخیص خاصی داده است؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، تشخیص پزشک: _____

3. آیا در ناحیه‌ای از بدن ضعف عضلانی یا عدم تعادل عضلات احساس می‌کنید؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، توضیح دهید: _____

● سطح فعالیت و ورزش:

1. آیا به طور منظم فعالیت بدنی انجام می‌دهید؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، نوع و مدت زمان فعالیت: _____

2. آیا ورزش خاصی انجام می‌دهید؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، نوع ورزش: _____

3. آیا در فعالیت‌های روزمره خود (مانند کار، نشستن طولانی یا فعالیت‌های سنگین) دچار مشکل می‌شوید؟ _____ بله _____ خیر

اگر بله، چه مشکلاتی دارید؟ _____

● ملاحظات خاص:

1. آیا شرایط پزشکی دیگری دارید که باید در نظر گرفته شود؟ ___ بله ___ خیر

اگر بله، توضیح دهید: _____

2. آیا چیزی در گذشته یا حال به درد شما کمک کرده است؟ ___ بله ___ خیر

اگر بله، چه روش‌هایی؟ _____

● ارزیابی و تایید:

اطلاعاتی که ارائه شده است دقیق و کامل می‌باشد و من آمادگی دارم که برنامه درمانی مطابق با این اطلاعات تنظیم شود.

امضا: _____

تاریخ: _____

مدرسه ماساژ و حرکات اصلاحی
دکتر بهنام قاسمی