

PAR-Q TEST

Nama : _____ Tanggal: _____

Tinggi: _____ cm. Berat Badan: _____ kg. Umur: _____

Nama fisioterapis: _____ telp: _____

KUESIONER KEGIATAN FISIK (PAR-Q)

| No | pertanyaan | Ya | tida |
|----|---|----|------|
| 1 | Apakah dokter pernah mengatakan bahwa Anda memiliki kelainan jantung dan bahwa Anda hanya bisa melakukan aktivitas fisik yang direkomendasikan oleh dokter? | | |
| 2 | Apakah Anda merasa sakit di dada Anda ketika Anda melakukan aktivitas fisik? | | |
| 3 | Pada bulan lalu, apakah Anda memiliki nyeri dada ketika Anda tidak melakukan apapun aktivitas fisik? | | |
| 4 | Apakah Anda kehilangan keseimbangan karena pusing atau apakah Anda pernah kehilangan kesadaran? | | |
| 5 | Apakah Anda memiliki tulang atau masalah yang dapat diperburuk oleh perubahan aktivitas fisik Anda? | | |
| 6 | Apakah dokter Anda meresepkan obat apapun untuk tekanan darah atau untuk kondisi jantung? | | |
| 7 | Apakah Anda tahu alasan lain mengapa Anda tidak harus terlibat dalam aktivitas fisik? | | |

Jika Anda telah menjawab "Ya" untuk satu atau lebih pertanyaan di atas, konsultasikan dengan dokter Anda sebelum terlibat dalam aktivitas fisik. Beritahu dokter Anda mengapa Anda menjawab "Ya". Setelah evaluasi medis, meminta saran dari dokter Anda tentang apa jenis kegiatan yang sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

UMUM & KUESIONER MEDICAL

| No | pertanyaan pekerjaan | Ya | Tidak |
|----|--|-----------|--------------|
| 1 | Apakah pekerjaan Anda saat ini? | | |
| 2 | Apakah pekerjaan Anda memerlukan diperpanjang | | |
| 3 | Apakah pekerjaan Anda memerlukan perpanjangan masa gerakan berulang? (Jika ya, jelaskan.) | | |
| 4 | Apakah pekerjaan Anda mengharuskan Anda untuk memakai sepatu dengan tumit (sepatu)? | | |
| 5 | Apakah pekerjaan Anda menyebabkan kecemasan (stres mental)? | | |
| | Pertanyaan rekreasi | Ya | Tidak |
| 6 | Apakah Anda mengambil bagian dalam kegiatan rekreasi (golf, tenis, ski, dll)? (Jika ya, silakan jelaskan.) | | |
| 7 | Apakah Anda memiliki hobi (membaca, berkebun, bekerja pada mobil, menjelajahi Internet, dll)? (Jika ya, jelaskan.) | | |
| | Pertanyaan medis | Ya | Tidak |
| 8 | Apakah Anda pernah punya rasa sakit atau cedera (engkel, lutut, pinggul, punggung, bahu, dll)? (Jika ya, jelaskan.) | | |
| 9 | Apakah Anda pernah operasi? (Jika ya, jelaskan.) | | |
| 10 | Apakah seorang dokter yang pernah didiagnosis Anda dengan penyakit kronis, seperti penyakit jantung koroner, penyakit arteri koroner, hipertensi (tekanan darah tinggi), kolesterol tinggi atau diabetes? (Jika ya, jelaskan.) | | |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 11 | Apakah saat ini Anda minum obat apapun? (Jika ya, silakan daftar.) | | |
|-----------|--|--|--|