

แบบบันทึกข้อมูลการทดสอบสมรรถภาพทางกายกำลังพล ทร.

หน่วยงานครั้งที่/.....

ทดสอบเมื่อ.....สถานที่ทดสอบ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ผู้เข้ารับการทดสอบกรอก)

ยศ ชื่อ สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
ตำแหน่ง.....หน้าที่.....(พรรค - เหล่า) เลขบัตรประชาชน.....

ส่วนที่ 2 การประเมินความพร้อมก่อนการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (ผู้เข้ารับการทดสอบกรอก)

โรคประจำตัว.....การรักษา/ยาที่ใช้.....การบาดเจ็บ.....อาการปัจจุบัน.....
ออกกำลังกายในระยะ 2 เดือน สัปดาห์ละ ไม่เคย 1-2 วัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
ประเภทการออกกำลังกาย..... น้อยกว่า 30 นาที มากกว่า 30 นาที

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ตามคำถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริงทุกประการ

เนื้อหา	ไม่เคย	เคย
1. แพทย์ที่ตรวจรักษา เคยบอกหรือไม่ ว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ และควรออกกำลังกาย ภายใต้อำนาจแนะนำของแพทย์เท่านั้น		
2. ท่านเคยมีความรู้สึก เจ็บปวด หรือแน่นหน้าอก ขณะออกกำลังกาย หรือไม่		
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการเจ็บหน้าอก ขณะที่อยู่เฉยๆ โดยไม่ได้ออกกำลังกาย หรือไม่		
4. ท่านเคยมีอาการสูญเสียการทรงตัว (เวียนหรือเดินเซ) เนื่องจากอาการวิงเวียนศีรษะ หรือ ท่านเคยเป็นลมหมดสติ หรือไม่		
5. ท่านเคยมีปัญหากระดูก หรือข้อต่อ ซึ่งถ้าออกกำลังกาย จะทำให้มีอาการแสบๆ หรือไม่		
6. แพทย์ที่ตรวจรักษาเคยสั่งยารักษาความดันโลหิต หรือความผิดปกติของหัวใจให้ท่าน หรือไม่		
7. เท่าที่ท่านทราบ เคยมีเหตุผลอื่นๆ อีกหรือไม่ที่ทำให้ท่าน ไม่สามารถออกกำลังกายได้ (เช่น ตั้งครรภ์ เป็นหวัดหรือมีไข้ เป็นต้น) โปรดระบุ.....		

ส่วนที่ 3 การแสดงเจตนาเข้ารับการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (ผู้เข้ารับการทดสอบเลือกรายการและลงนาม)

ข้าพเจ้าทราบขั้นตอนและวิธีการทดสอบสมรรถภาพทางกายประจำปีของกำลังพล ทร. เป็นอย่างดี และยินดีที่จะให้นำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายของ ทร. ต่อไป จึงมีความประสงค์

- เข้ารับการตรวจร่างกายและสุขภาพเบื้องต้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพเพียงอย่างเดียว
 เข้ารับการตรวจร่างกายและสุขภาพเบื้องต้น และทดสอบสมรรถภาพทางกายประจำปี

ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการทดสอบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 4 การคัดกรองภาวะสุขภาพ (เจ้าหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพกรอกและลงนาม)

กลุ่มที่ 1 สามารถเข้ารับการทดสอบสมรรถภาพทางกายได้ทุกรายการ

กลุ่มที่ 2 สามารถทดสอบสมรรถภาพทางกายได้บางรายการ

สถานีที่ 1 ความอ่อนตัว

สถานีที่ 3 ดันพื้น 1 นาที

สถานีที่ 2 ลูกนั่ง 1 นาที

สถานีที่ 4 วิ่ง 2.4 กิโลเมตร จับเวลา

เดิน 3.2 กิโลเมตร จับเวลา

กลุ่มที่ 3 มีความเสี่ยงในการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ สกุล.....อายุ.....ปี สังกัด.....

ส่วนที่ 5 การตรวจร่างกายและสุขภาพเบื้องต้น (เจ้าหน้าที่กรอก)

ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	ชีพจร (ครั้ง/นาที)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	ส่วนสูง (เซนติเมตร)	ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)
/					

ส่วนที่ 6 การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

สถานี	รายการ / วิธีการทดสอบ	ค่าที่ได้	หน่วย
1	ความอ่อนตัวของร่างกาย (Sit & Reach Test)		เซนติเมตร
2	ความทนทานของกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Sit – ups Test)		ครั้ง/นาที
3	ความทนทานของกล้ามเนื้อแขน (Push – ups Test)		ครั้ง/นาที
4	ความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด (Times Running Test) วิ่ง		นาที:วินาที
	ความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด (Times Walking Test) เดิน		นาที:วินาที

ส่วนที่ 7 ความพึงพอใจการให้บริการของเจ้าหน้าที่ / กระบวนการทดสอบ (ผู้เข้ารับการทดสอบกรอก)

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป (รูปแบบ/วิธีการ ระยะเวลา สถานที่ อุปกรณ์และเจ้าหน้าที่)

.....

.....

.....

.....

.....

.....