

LLETY CYNIN LEISURE FACILITY PRE-EXERCISE HEALTH QUESTIONNAIRE

Name _____

For most people a fitness assessment should not pose any problem or hazard. The aim of the questions below is to identify the small number of people who should have medical advice before their assessment.

Name of your Doctor Telephone

Address

Please consider the following questions carefully and answer YES or NO

		YES	NO
1	Are you over 35 years of age? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Has your doctor ever said that you have heart trouble? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you ever suffered a stroke? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Do you frequently have pains in your chest or heart region? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Do you frequently have difficulty breathing? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Do you often feel faint or have severe dizzy spells? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Has your doctor ever said that your blood pressure is too high or too low? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Are you pregnant? Comment/Timescale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Do you suffer from asthma and/or chronic bronchitis? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Do you suffer from diabetes? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Do you suffer from epilepsy? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Have you had recent surgery? Comment/Date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Do you have a bone or joint problem (e.g. arthritis)? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Do you have an old or recent injury? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Do you have any other medical or health condition? Comment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Do you take any medication? Comment/Date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you answered YES to any of these questions, it is important for you to discuss those questions with your doctor (GP) before your fitness assessment. Even if you answered NO to all the questions **we recommend that you arrange a general check-up with your doctor before commencing your exercise programme.**

I, the undersigned, have read and answered the above questions to the best of my knowledge. Where I answered yes to any question I agree not to participate in any fitness programme until I have discussed the issue with my doctor (GP) to ensure that it is safe for me to begin. I undertake all exercise and fitness testing at Llety Cynin Leisure Facility freely and voluntarily and understand that the Management and Staff will not be liable for any personal injury arising through participation.

Signature

Date

CANOLFAN FFITRWYDD LLETY CYNIN HOLIADUR IECHYD CYN YMARFER CORFF

Enw _____

Ni ddylai asesiad ffitrwydd achosi unrhyw broblem neu niwed i'r rhan fwyaf o bobl. Bwriad y cwestiynau isod yw canfod y nifer fach o bobl hynny a ddylai gael cyngor meddygol cyn eu hasesiad.

Enw eich Meddyg Rhif Ffôn

Cyfeiriad

A wnewch chi ystyried y cwestiynau canlynol yn ofalus ac atebwch naill ai YDW/OES neu NAC YDW/NAC OES

	YDW/ OES	NAC YDW/ NAC OES
1 Ydych chi dros 35 blwydd oed? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ydy'ch meddyg erioed wedi dweud wrthych bod gennych broblemau'r galon Sylwadau/Dyddiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ydych chi wedi cael strôc o'r blaen? Sylwadau/Dyddiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ydych chi'n cael poenau yn y frest neu o gwmpas y galon yn aml? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ydych chi'n cael anhawster anadlu'n aml? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ydych chi'n teimlo'n benysgafn yn aml? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ydy'ch meddyg erioed wedi dweud wrthych bod eich pwysedd gwaed yn rhy uchel neu'n rhy isel? Sylwadau/Dyddiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ydych chi'n feichiog? Sylwadau/Timescale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ydych chi'n dioddef o asthma a/neu bronchitis cronig? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ydych chi'n dioddef o'r clefyd siwgwr? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ydych chi'n dioddef epilepsi? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ydych chi wedi cael llawfeddygaeth yn ddiweddar? Sylwadau/Dyddiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Oes gennych boenau'n ymwneud â'ch esgyrn neu gymalau (e.e. arthritis)? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Oes gennych hen anaf neu anaf ddiweddar? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Oes gennych unrhyw gyflwr meddygol neu gyflwr iechyd arall? Sylwadau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Ydych chi'n cymryd unrhyw feddyginiaeth? Sylwadau/Dyddiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os ydych wedi ateb YDW/OES i unrhyw un o'r cwestiynau hyn, mae'n bwysig eich bod yn trafod y cwestiynau hyn gyda'ch meddyg teulu cyn eich asesiad ffitrwydd. Hyd yn oed os ydych wedi ateb NAC YDW/NAC OES i bob cwestiwn **rydym yn argymhell eich bod yn trefnu archwiliad cyffredinol gyda'ch meddyg cyn dechrau eich rhaglen o ymarfer corff.**

Rwyf fi, sydd wedi arwyddo isod, wedi darllen ac ateb y cwestiynau uchod hyd eithaf fy ngallu. Lle rwyf wedi ateb YDW/OES i unrhyw gwestiwn rwyf yn cytuno peidio â chymryd rhan mewn unrhyw raglen ffitrwydd hyd nes fy mod wedi trafod y mater gyda'm meddyg er mwyn gwneud yn siwr ei bod yn ddiogel i mi ddechrau. Rwyf yn gwneud yr holl ymarfer corff a'r prawf ffitrwydd yng Nghanolfan Ffitrwydd Llety Cynin o'm gwirfodd ac yn deall na fydd y Tim Rheoli a'r staff yn gyfrifol am unrhyw niwed personol a all ddigwydd wrth gymryd rhan.

Llofnod Dyddiad