

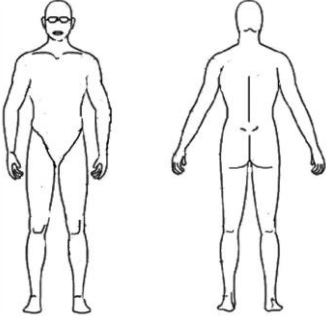
運動部運動傷害防護體系建置服務網

處理建議單

防護員/物理治療師(姓名): _____

學校: _____

就診日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日 星期()

姓名	運動項目
	部位: 左/右 _____ 內/外/前/後側 的 關節/肌肉/骨頭 機轉: 拉傷/扭傷/撞挫傷/其他: _____ 發生時間: _____ 痛感及程度: ____/10 分; 刺痛/鈍痛/悶痛/麻/無力/其他: _____ 不適動作: 踩地/推蹬/用力/其他: _____
醫師診斷結果	受傷部位: _____ 肌肉/肌腱/骨頭/韌帶/軟骨/關節囊/其他 受傷情形: 拉傷/扭傷/挫傷/磨損/發炎/骨裂/骨折/其他 開口服藥: ☐無 ☐消炎止痛 ☐肌肉鬆弛 ☐其他 _____ 打針: ☐無 ☐注葡萄糖 ☐注消炎藥 ☐注類固醇 ☐其他 _____ 安排影像學檢查: ☐無 ☐X-ray ☐MRI ☐USD ☐CT ☐ECG 日期: _____
醫囑	建議 ☐暫時停止訓練, 時間: _____ 天 / 週 / 月 ☐可繼續參與訓練: ○不限制動作 ○限制會痛動作 ○訓練量減輕 ☐保護性貼紮及包紮, 部位及特殊貼法註記: _____ 處理 ☐需至本院(所)進行儀器治療: _____ ☐可回防護室進行復健 ○熱/冰敷 ○熱/冰水療 ○肌力訓練 ○肌肉放鬆 ○伸展 ○其他 _____ ☐請防護員前來本院所(親自與醫師聯繫)了解狀況 *若已處理 ____ 天 / 週 後症狀仍無明顯改善, 建議再次就醫確診。 *複診時間: _____
就診院所	看診醫師

*若無法向學校護士或防護員解釋醫生的診斷, 請要求開診斷證明。