

補助高級中等學校進用防護人員計畫 醫療院所處理建議單

115年9月2日版

學校：_____ 陪同就醫者：_____ 就診日期：_____年_____月_____日(星期____)

姓名		運動種類	
症候 (就醫者自覺欄) 就醫者看診前 請先完成填寫	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：_____ 疼痛指數(0-10)：_____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 受傷情形：拉傷／扭傷／挫傷／磨損／發炎／骨裂／骨折 開立藥物： ☐ 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 ☐ US ☐ CT ☐ ECG 日期：_____		
醫囑  ▲運動禁藥查詢	內容： _____ 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 ○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		
後續追蹤 緊急返診指引	* 若已處理 _____ 天 / 週 後症狀仍無明顯改善，建議再次就醫確診。 * 後續回診預約： ☐ 需回診，預約日期：_____年 _____月 _____日 _____診 ☐ 視狀況自行掛號回診 * 緊急返診警訊(若出現以下症狀，請立即就醫/送急診) _____		
就診院所		看診醫師	

* 若無法向學校護理師或防護人員轉達醫師的診斷，建議申請診斷證明。