

附件十、104年全國原住民族運動會醫護站工作檢核表

競賽事場地：_____比賽項目：_____

醫療站編號：_____

日期：104年3月_____日

項次	檢核項目	檢核結果	
1	醫護站--簽到/簽退表資料是否完整，時間是否確實(支援醫護人員費用依本簽到/簽退表核實支付)，並已放置至資料夾。	是 ☐	否 ☐
2	醫護站傷病患就診登記表、醫護紀錄單是否已核對完成(資料完整無誤)，並已放置至資料夾。	是 ☐	否 ☐
3	醫護紀錄單紙本資料是否已完整無誤輸入電腦系統(無電腦上線之賽事場請勾選無 ☐)。	是 ☐ 無 ☐	否 ☐
4	醫護站傷病患後送資料:緊急傷病患轉診單、緊急傷病患轉診救護紀錄表是否已核對完成(資料完整無誤)，並已放置至資料夾(該日無後送傷病患人員請勾選無 ☐)。	是 ☐ 無 ☐	否 ☐
5	醫護站選手傷後自願繼續出賽切結書是否已核對完成(資料完整無誤)，並已放置至資料夾(該日無傷病患人員仍繼續比賽者請勾選無 ☐)	是 ☐ 無 ☐	否 ☐
6	支援醫護人員是否已依各項賽事設置醫護站設施規格表核對該補充之醫藥耗材，並通知下一班人員(或醫院)撥補耗材	是 ☐	否 ☐
7	交班本問題是否已處理完畢	是 ☐	否 ☐

一、請依檢核表內容，逐項檢視，每日於活動結束後，確認無誤再核章，並放置至資料夾。

二、如未能完成請電話通知該區督導協助處理，為仍須確實掌握狀況以利後續處理。

檢核人員(醫護人員)簽章：_____

附件十二、104年全國原住民族運動會醫護站醫護紀錄單（紙本）

*就診時間：____年____月____日____時____分

*檢傷級數：☐ 第一級 ☐ 第二級 ☐ 第三級 ☐ 第四級 ☐ 第五級

*就診地點：_____

賽事別：☐ 田徑 ☐ 路跑 ☐ 籃球 ☐ 排球 ☐ 棒球 ☐ 柔道
☐ 跆拳道 ☐ 拔河 ☐ 角力 ☐ 空手道 ☐ 船艇競速 ☐ 慢速壘球
☐ 槌球 ☐ 負重接力 ☐ 傳統拔河 ☐ 傳統舞蹈 ☐ 傳統射箭 ☐ 傳統摔角

*姓名：

身分證號：

*性別：☐ 男 ☐ 女

出生年月日：

年齡： 歲

*身分：☐ 選手 ☐ 觀眾 ☐ 工作人員 ☐ 非工作人員 ☐ 其他

所屬團體：

傷病發生到醫療服務時間約： 分鐘

*國籍：☐ 本國籍 ☐ 大陸籍 ☐ 外國籍

體溫： °C

脈搏： 次/分

血壓： mmHg

*聯絡電話： (患者不願告知)

*主訴：☐ 1. 抽筋 ☐ 2. 抽搐 ☐ 3. 失溫 ☐ 4. 頭暈 ☐ 5. 暈倒 ☐ 6. 頭痛
☐ 7. 呼吸困難 ☐ 8. 刺到 ☐ 9. 噁心 ☐ 10. 嘔吐 ☐ 11. 腹痛 ☐ 12. 腹瀉
☐ 13. 腹脹 ☐ 14. 咳嗽 ☐ 15. 感冒症狀 ☐ 16. 發燒 ☐ 17. 壓到 ☐ 18. 夾傷
☐ 19. 跌倒 ☐ 20. 胸痛或胸悶 ☐ 21. 肢體無力 ☐ 22. 運動傷害
☐ 23. 墜落(大於2公尺高)
☐ 24. 其他：

外傷：☐ 25. 頭 ☐ 26. 胸 ☐ 27. 腹 ☐ 28. 背 ☐ 29. 上肢 ☐ 30. 大腿
☐ 31. 小腿 ☐ 32. 其他：

*診斷：☐ 1. 失溫 ☐ 2. 暈眩 ☐ 3. 熱痙攣 ☐ 4. 燙/曬傷 ☐ 5. 熱衰竭
☐ 6. 中暑 ☐ 7. 暈車 ☐ 8. 腹痛 ☐ 9. 腸胃炎 ☐ 10. 疑冠心病
☐ 11. 發燒 ☐ 12. 氣喘 ☐ 13. 頭痛 ☐ 14. 胃炎或消化性潰瘍
☐ 15. 蜜蜂叮咬 ☐ 16. 結膜炎 ☐ 17. 過敏 ☐ 18. 脫水
☐ 19. 過度換氣症候群 ☐ 20. 心臟停止 ☐ 21. 呼吸道阻塞
☐ 22. 情緒激動 ☐ 23. 高血壓 ☐ 24. 中風 ☐ 25. 起水泡 ☐ 26. 感冒
☐ 27. 其他：

創傷：☐ 28. 擦傷/裂傷 ☐ 29. 拉傷/扭傷 ☐ 30. 穿刺傷 ☐ 31. 鈍傷 ☐ 32. 骨折
☐ 33. 頭部創傷 ☐ 34. 頸椎受傷 ☐ 35. 其他脊椎受傷 ☐ 36. 胸部創傷
☐ 37. 腹部創傷 ☐ 38. 切割傷 ☐ 39. 咬傷
☐ 40. 其他：

*現場處理：☐ 1. 優碘 ☐ 2. OK band ☐ 3. 止血、固定、包紮 ☐ 4. 冰敷
☐ 5. 噴灑冷凍噴劑 ☐ 6. 塗抹酸痛藥膏 ☐ 7. 鼻管給氧 ☐ 8. NRM給氧
☐ 9. 面罩給氧 ☐ 10. 給糖水 ☐ 11. 喝水 ☐ 12. 喝運動飲料
☐ 13. 舒張肌肉 ☐ 14. 夾板固定 ☐ 15. CPR ☐ 16. 哈姆立克
☐ 17. 上頸圈 ☐ 18. 上長背板 ☐ 19. 上短背板 ☐ 20. 包紮
☐ 21. 電擊 ☐ 22. 打點滴 ☐ 23. 按摩
☐ 24. 藥物種類用法及數量：

屬何種個案：☐ BLS ☐ ALS ☐ Cardiac Arrest ☐ 其他

*後續處置：☐ 自行離開 ☐ 醫療站觀察 分鐘

☐ 救護車後送，後送醫院

☐ 其他

備註：☐ 為必填欄位

醫療人員簽名：

附件十三、104年全國原住民族運動會緊急傷病患轉診單

轉出賽事地點：_____ 建議後送醫院：_____

醫 護 站	病患基本資料	姓 名	性 別	出 生		身 分 證 字 號	
			☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日			
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	傷 病 患		住 址	
護 站	病 情 摘 要	A. 主訴					C. 藥物或其他過敏史 ☐ 無或未知 ☐ 有：_____
		B. 臆斷 (Impression) 1. 病名： 2.					D. 重要檢查及治療摘要(其餘詳如所附病歷摘要) 1. 2.
							E. 傳染性疾病 ☐ 無或未知 ☐ 有：_____
填 列	轉診目的	1. ☐ 急診治療 4. ☐ 進一步檢查，檢查項目：_____ 2. ☐ 住院治療 5. ☐ 其他：_____ 3. ☐ 門診治療					
	診治醫師	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章		
	轉診時間	年 月 日 時 分				聯繫轉入醫院時間	年 月 日 時 分
	處理情形 (複選)	☐ 已予急診處置 ☐ 已安排本院 科門診治療中 ☐ 住本院 病房治療中 ☐ 已安排住本院 ICU治療中 ☐ 留觀 (轉診至 醫院)					
後 送 醫 院 填 列	治療摘要	1. 主診斷 ICD-9Code： 病名： 2. 手術名稱 3. 輔助診斷之檢查結果					
	院所名稱					電話或傳真： 電子信箱：	
	診治醫師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回覆日期		年 月 日

* 本單一式兩聯：第一聯請醫護站於活動結束後統一送回南投縣政府衛生局，第二聯交由後送醫院填寫後回傳衛生局（電話：2222473#535；傳真：2231016），並自行留存。

附件十四、104年全國原住民族運動會緊急傷病患轉診救護紀錄表

日期	年 月 日		出 勤 單 位					
病患姓名			聯絡電話		轉出賽事場地		後送醫院	
出勤通知時間			到達醫護站時間		離開醫護站時間		送達後送醫院時間	
時 分			時 分		年 月 日 時 分		年 月 日 時 分	
病人交接注意事項	病患身上留置管路 ☐ 氣管內管 ☐ 靜脈注射 其他：				備註欄	財務：		
						其他：		
處置項目（此欄可複選）								
急救處置	(無) (有，如下：				心肺復甦術 ☐ CPR： 分鐘 ☐ 使用AED ☐ 不建議電擊 ☐ 電擊_____次		其他處置 ☐ 保暖 ☐ 心理支持 ☐ 僅做生命徵象監測 ☐ ALS支援	
					藥物處置：			
生命徵象	時間	意識狀況	呼吸	脈搏	血壓	格拉斯哥昏迷指數（葛氏）		
	離開轉出賽事場 (時 分)	☐ 清 ☐ 痛 ☐ 聲 ☐ 否	次/分	次/分	mmHg	E____V____M____		
		☐ 清 ☐ 痛 ☐ 聲 ☐ 否	次/分	次/分	mmHg	E____V____M____		
	到達轉入醫院後 (時 分)	☐ 清 ☐ 痛 ☐ 聲 ☐ 否	次/分	次/分	mmHg	E____V____M____		
簽名欄	轉出賽事場人員簽名		救 護 人 員 簽 名			後 送 醫 院 人 員 簽 名		
	時間： 時 分		一、 二、			時間： 時 分		

*本表一式三聯，分別由轉現場醫護站（第一聯）、後送醫院（第二聯）及救護車設置機關（構）（第三聯）各自保存。

附件十五、104年全國原住民族運動會醫護站選手傷後自願繼續出賽切結書

_____項比賽，選手_____

經場地醫師依該員當時之受傷情況已建議不適宜繼續比賽，若自願繼續出賽，因此發生任何傷害情事願自行負責，特立此書為證。

選手(姓名)

簽章(手印)

教練(姓名)

簽章(手印)

日期：

時間：

※ 選手受傷情形嚴重，醫師得依裁判之要求，作是否適合繼續比賽之建議若醫師認該選手不宜繼續比賽而選手或教練執意出賽，可請裁判協助由選手立切結書。

本表於比賽結束，請各醫護站彙整後傳真或電話通知南投縣政府衛生局（049-2222473#535），正本請留置原單位資料夾，俟活動結束後統一送回德興國小。