

學校運動參加前檢查-第 1 部分：學生或家長填寫

2017 年 5 月修訂

病史表

(註：本表應由病人及家長在見提供者前填寫。提供者應將本表保留在病歷中。)

檢查日期：_____

姓名：_____

出生日期：_____

性別：_____ 年齡：_____ 年級：_____ 學校：_____

運動：_____

藥物及過敏：請列出您目前服用的所有處方及非處方藥物及補充品（草藥及營養）。

您是否有過敏？ 是 否 若是，請確認下方特定過敏。

藥物 花粉 食物 昆蟲螫咬

在下方說明「是」答案。將不知道答案的問題圈起來。

一般問題	是	否
1. 學生上次完成身體檢查或「體檢」是何時？ 日期：月/年 _____ / _____ (理想是，每隔 12 個月)		
2. 醫生或其他健康專業人員是否曾以任何理由拒絕或限制您參加運動？		
3. 您目前是否有任何醫療病症？若是，請在下方確認。		
4. 您是否曾動過手術？		
個人心臟健康問題	是	否
5. 您是否曾在運動中或運動後昏倒或差點昏倒？		
6. 您是否曾在運動中有胸部不適、胸痛、胸悶或壓迫感？		
7. 您是否曾在運動中心律快速或漏拍（心律不整）？		
8. 醫生是否曾告知您有任何心臟問題？若是，勾選所有適用選項： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 心臟感染 <input type="checkbox"/> 川崎病 其他：_____		
9. 醫生是否曾安排您檢查心臟？（例如，ECG/EKG、心臟超音波）		
10. 您是否在運動中突然感到頭暈或更頻繁喘氣，或比朋友或同學更快感到疲勞？		
11. 您是否曾心臟病發作？		
家人心臟健康問題	是	否
12. 是否有家人或親戚在 50 歲前死於心臟問題或突然猝死（包含溺斃、不明車禍或嬰兒猝死症候群）？		
13. 家人是否有人有節律器、植入性去顫器，或肥厚性心肌症、馬凡氏症候群、心律失常性右室心肌病變、長 QT 症候群、短 QT 症候群、布魯格達氏症候群或兒茶酚胺多型性心室頻脈等心臟問題？		
骨骼及關節問題	是	否
14. 您是否曾有骨傷、肌肉傷、韌帶傷或肌腱傷造成無法練習、比賽或項目？		

15. 您是否有骨骼、肌肉或關節問題困擾？		
醫療問題	是	否
16. 您是否在運動中或運動後有咳嗽、氣喘或呼吸困難？		
17. 您是否曾使用呼吸器或服用氣喘藥物？		
18. 您是否缺少一個腎臟、眼睛、睪丸（男性）、脾臟或任何其他器官？		
19. 您是否有任何疹子、褥瘡或其他皮膚問題，例如皰疹或 MRSA 皮膚感染？		
20. 您是否曾有頭部外傷或腦震盪？		
21. 您是否曾在被撞擊或跌倒後有麻痺、刺痛或虛弱感，或無法移動四肢？		
22. 您是否曾在高溫下運動時身體不適？		
23. 您或家人是否有鐮刀型貧血特質或鐮刀型貧血症？		
24. 您是否曾有或您是否有任何眼睛或視力問題？		
25. 您是否擔心體重？		
26. 您是否有在嘗試或是否有人曾建議您增重或減重？		
27. 您是否有在特別節食或避免某種食物？		
28. 您是否曾有飲食失調？		
29. 您是否有任何疑慮希望今天討論？		
僅限女性	是	否
30. 您是否曾有月經？		
31. 您初經來時是幾歲？ _____		
32. 過去 12 個月中您曾有幾次月經？ _____		

在此說明「是」答案： _____

本人在此聲明，盡我所知，上述問題的答案皆完整屬實。

運動員簽名 _____ 家長/監護人簽名 _____ 日期 _____

ORS 336.479, 第 1 部分 (3) 「學區應要求 7 至 12 年級參加課外運動的學生每隔兩年要做一次身體檢查」。第 1 部分 (5) 「本部分要求的任何身體檢查應由 (a) 未受限醫生執照的醫生； (b) 有照自然療法醫生； (c) 有照醫生助理； (d) 認證專科護理師；或 (e) 具備診斷心肺疾病及缺陷臨床訓練及經驗的有照脊骨神經醫生進行」。

表格參照 © 2010 美國家庭醫學會、美國兒科學會、美國運動醫學學院、美國運動醫學會、美國骨科醫學會

體檢表

檢查日期: _____

姓名: _____

出生日期: _____

性別: _____ 年齡: _____ 年級: _____ 學校: _____

運動: _____

體檢		
身高:	體重:	身體質量指數:
血壓: / (/ 脈搏:	視力右眼 20/	左眼 20/ 矯正後 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
醫療	正常	異常發現
外貌		
眼/耳/鼻/喉		
淋巴結		
心臟 •雜音 (站立、仰臥聽診, 不論有無閉氣用力)		
脈搏		
肺臟		
腹部		
皮膚		
神經		
肌肉骨骼		
頸部		
背部		
肩膀/手臂		
手肘/前臂		
手腕/手/手指		
臀部/大腿		
膝蓋		
腿/腳踝		
腳/腳趾		

已通過, 所有運動皆無限制

已通過, 所有運動皆無限制, 建議下列進行進一步評估或治療:

未通過

等待進一步評估

任何運動

某些運動: _____

理由: _____

建議: _____

本人已替上述學生做完檢查並填妥參加前體檢評估。運動員未出現練習及參加上述列出運動的明顯臨床禁忌。體檢複本紀錄存放在本人辦公室並可依家長要求提供給學校。若運動員已通過參加體檢後出現病症, 提供者可取消通過結果直到問題解決並向運動員 (及家長/監護人) 完整說明潛在後果。本表與州教育委員會要求的有效表格相同, 含有同樣的病史問題及體檢結果。本人也已審查「建議檢查方法」。

提供者姓名 (正楷書寫/打字): _____

日期: _____

地址: _____

電話: _____

提供者簽名: _____

ORS 336.479, 第1部分 (3) 「學區應要求7至12年級參加課外運動的學生每隔兩年要做一次身體檢查」。第1部分 (5) 「本部分要求的任何身體檢查應由 (a) 未受限醫生執照的醫生; (b) 有照自然療法醫生; (c) 有照醫生助理; (d) 認證專科護理師; 或 (e) 具備診斷心肺疾病及缺陷臨床訓練及經驗的有照脊骨神經醫生進行」。

表格參照©2010美國家庭醫學會、美國兒科學會、美國運動醫學院、美國運動醫學會、美國骨科運動醫學會及美國骨科運動學會。

學校運動參加前檢查-醫療提供者建議檢查方法 2017年5月修訂

肌肉骨骼

請病人：

1. 站立面向檢查人員
2. 看天花板、地板、轉過頭、耳碰肩膀
3. 聳肩（抗阻動作）
4. 肩膀外展90度，保持抗阻動作
5. 向外完全旋轉手臂
6. 彎曲及伸展手肘
7. 手臂在身體兩側，手肘90度彎曲，內旋/外旋手腕
8. 五指張開，握拳
9. 收縮四頭肌，放鬆四頭肌
10. 走離檢查人員「鴨步」4步
11. 背對檢查人員站立
12. 膝蓋伸直，碰腳趾
13. 抬起腳跟，然後腳趾

檢查項目：

- 肩鎖關節，一般慣習
- 頸椎動作
- 斜方肌力
- 三角肌力
- 肩膀動作
- 手肘動作
- 手肘及手腕動作
- 手部及手指動作，變形
- 對稱及膝蓋/腳踝滲液
- 臀部、膝蓋及腳踝動作
- 肩膀對稱，脊柱側彎
- 脊柱側彎，臀部動作，腿後肌群
- 小腿肚對稱，腿肌力

雜音評估-應在安靜房間中使用聽診器的膜面及鐘面進行坐下、仰臥及蹲踞聽診。

聽診結果：

1. S1容易聽見；無全收縮期、輕柔、低音
2. S2正常
3. 無射出性或中期收縮期卡嗒音
4. 持續性舒張期雜音消失
5. 無早期舒張期雜音
6. 正常股動脈脈搏

(相當於動脈脈搏強度及到達)

排除：

- VSD及二尖瓣膜回流
- 法洛氏四合症、ASD及肺循環血壓過高
- 主動脈瓣狹窄及肺動脈瓣狹窄
- 開放性動脈導管
- 主動脈閉鎖不全
- 縮窄

馬凡氏症篩檢-發現下列任兩項症狀時，所有身高超過6'0"的男性及5'10"的女性都要接受心臟超音波及裂隙燈檢查篩檢：

1. 馬凡氏症候群的家族病史（單是這項發現應立即進一步檢查）
2. 心臟雜音或中收縮期卡嗒音
3. 脊柱後側彎
4. 前胸變形
5. 臂距大於身高
6. 上半身及下半身的比例大於標準差1低於平均值
7. 近視
8. 異位晶狀體

腦震盪-運動員腦震盪後何時能返回比賽？

經歷腦震盪後，運動員都不應在同日返回比賽或練習。以前，若運動員在受傷15分鐘內症狀消除，可返回比賽。研究已顯示年輕人的腦部無法那麼快恢復，因此俄勒岡州立法機關已制定規定運動員在腦震盪後同日不可返回比賽，運動員必須由合格健康照護專業人員確定身體狀況無礙，才可返回比賽或練習。

一旦運動員可返回比賽，應進行逐步活動讓腦部功能重新調整。運動員可每天完成一步。返回比賽時間表應依下列體檢合格進行：

- 第1步：輕度運動，包含走路或騎健身腳踏車。無舉重。
- 第2步：在健身房或室外跑步。無安全帽或其他裝備。
- 第3步：全裝備非接觸訓練練習。能開始重量訓練。
- 第4步：全接觸練習或訓練。
- 第5步：比賽。

若在任一步驟出現症狀，運動員應停止活動並由健康照護提供者重新評估。

581-021-0041 運動體檢表及方法

1. 教育委員會參照採用 2017 年 5 月「學校運動參加前檢查」表，必須用來記錄體檢並制定體檢進行方法。本表可使用紙本或電子格式。醫療提供者可使用電子健康紀錄系統製作電子表格。醫療提供者對 7 至 12 年級參加課外活動的學生進行體檢必須使用本表。
2. 本表醫療提供者的簽名欄上必須含有下列聲明：
本表與州教育委員會要求的有效表格相同，含有同樣的病史問題及體檢結果。本人也已審查「建議檢查方法」。
3. 醫療提供者在 2011 年 4 月 30 日或以後至 2017 年 5 月 1 日前進行體檢必須使用 2010 年 5 月表。
4. 醫療提供者在 2017 年 5 月 1 日或以後至 2018 年 5 月 1 日前進行體檢可使用 2010 年 5 月表或 2017 年 5 月表。
5. 醫療提供者在 2018 年 5 月 1 日或以後進行體檢必須使用 2017 年 5 月表。

註：本表可上俄勒岡州學校活動協會（OSAA）網站查詢：<http://www.osaa.org>

資料審核：ORS 326.051 統計資料

已實施：ORS 336.479