

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 發生時間： 年 月 日 星期： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分，家長(屬)電話：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 通知家長(屬)時間： 時 分，家長(屬)到達時間： 時 分， <input type="checkbox"/> 聯絡不到，通知者：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 基<br>本<br>資<br>料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 姓名： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 班級： 年 班 號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 地點描述：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 到達健康中心時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 送醫者： <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 校護 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 健康中心                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 接獲通知時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 通知時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 到達現場時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 到達現場時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 離開現場時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 離開現場時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 目擊者： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 送醫就診院所： 送醫方式： <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 校方送醫 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 情<br>況<br>評<br>估                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 第一次評估時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 第二次評估時間： 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應<br><input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應<br>呼吸： <input type="checkbox"/> 有： 次/分 <input type="checkbox"/> 無<br>脈搏： <input type="checkbox"/> 有： 次/分 <input type="checkbox"/> 無<br>血壓： Hg <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 收縮壓 80 mm Hg 以上〈橈動脈摸的到〉<br><input type="checkbox"/> 收縮壓 70 mm Hg 以上〈股動脈摸的到〉<br><input type="checkbox"/> 收縮壓 60 mm Hg 以上〈頸動脈摸的到〉<br>體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷， 度<br>膚色： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 濕冷<br><input type="checkbox"/> 微血管充填時間：<br>瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無<br>血氧濃度 SpO <sub>2</sub> ： % |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 意識： <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 對聲音有反應<br><input type="checkbox"/> 對疼痛有反應 <input type="checkbox"/> 無反應<br>呼吸： <input type="checkbox"/> 有： 次/分 <input type="checkbox"/> 無<br>脈搏： <input type="checkbox"/> 有： 次/分 <input type="checkbox"/> 無<br>血壓： mm Hg <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 收縮壓 80 mm Hg 以上〈橈動脈摸的到〉<br><input type="checkbox"/> 收縮壓 70 mm Hg 以上〈股動脈摸的到〉<br><input type="checkbox"/> 收縮壓 60 mm Hg 以上〈頸動脈摸的到〉<br>體溫： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冰冷 <input type="checkbox"/> 濕熱 <input type="checkbox"/> 濕冷， 度<br>膚色： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 濕冷<br>瞳孔： <input type="checkbox"/> 等大 <input type="checkbox"/> 不等大 <input type="checkbox"/> 反應 <input type="checkbox"/> 無<br>血氧濃度 SpO <sub>2</sub> ： %<br>GCS： E V M<br>身體評估： <input type="checkbox"/> 頭顱及顏面 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 骨盆 <input type="checkbox"/> 背<br><input type="checkbox"/> 上肢〈左、右〉 <input type="checkbox"/> 下肢〈左、右〉<br><input type="checkbox"/> 出血； <input type="checkbox"/> 其他： |
| 事故(創傷/非創傷)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 傷病患主訴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 創傷<br><input type="checkbox"/> 墜落，約 公尺 <input type="checkbox"/> 穿刺傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 電擊傷<br><input type="checkbox"/> 咬傷整傷 <input type="checkbox"/> 壓傷 <input type="checkbox"/> 撞傷 <input type="checkbox"/> 夾傷 <input type="checkbox"/> 跌傷 <input type="checkbox"/> 刀傷<br><input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 割傷 <input type="checkbox"/> 化學藥品灼傷 <input type="checkbox"/> 中毒<br><input type="checkbox"/> 一般外傷： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 肢體<br><input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他<br><input type="checkbox"/> 非創傷<br><input type="checkbox"/> 呼吸問題(喘/急促) <input type="checkbox"/> 呼吸道問題(異物哽塞)<br><input type="checkbox"/> 昏迷(意識不清) <input type="checkbox"/> 胸痛/胸悶 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 背痛<br><input type="checkbox"/> 暈厥/頭暈/頭痛/昏倒 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 噁心/嘔吐/腹瀉<br><input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 癲癇/抽搐 <input type="checkbox"/> 肢體無力/疼痛 <input type="checkbox"/> 溺水<br><input type="checkbox"/> 神智異常 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1. 感覺哪裡不舒服？<br>2. 感覺怎麼的不舒服？<br>3. 大約不舒服多久了？<br>4. 還有其他地方不舒服嗎？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 處置項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 維持呼吸道<br><input type="checkbox"/> 口咽 <input type="checkbox"/> 鼻咽呼吸道<br><input type="checkbox"/> 抽吸 <input type="checkbox"/> 哈姆立克法<br><input type="checkbox"/> 給氧，鼻管 l/Min<br>面罩 l/Min<br><input type="checkbox"/> 強迫給氧<br><input type="checkbox"/> CPR 分鐘<br><input type="checkbox"/> 頸圈固定 <input type="checkbox"/> 清洗傷口<br><input type="checkbox"/> 止血包紮 <input type="checkbox"/> 夾板固定<br><input type="checkbox"/> 長背板固定 <input type="checkbox"/> 冰敷<br><input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持<br><input type="checkbox"/> 血糖值 mg/dl <input type="checkbox"/> 糖水<br><input type="checkbox"/> 其他 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 護理紀錄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 追蹤結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 請假 天 返校上課日期： 年 月 日<br>診斷： 就診醫院：<br>追蹤日期： 年 月 日 現況：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

護理師：

學務組長：

教導主任：

校長：