

該表格僅收藏在運動員的醫療檔案中，而不應與學校或體育運動機構分享。學校或體育運動機構僅要求遞交《醫療資格表》。

聲明：目前已有《參加競技體育運動前之身體評估表》（按州及本地指引）存檔的運動員無需填寫另一份《病史表》。

## ■ 參加競技體育運動前之身體評估表（臨時指引）

### 病史表

註：在見醫生前，請填妥並簽署該表格（18歲以下學生須家長簽署），帶\*部份可填或可不填。

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

檢查日期：\_\_\_\_\_ 體育項目：\_\_\_\_\_

\*出生時指定性別（女、男，或雙性人）：\_\_\_\_\_ \*你認為自己的性別是？（女、男，或雙性人）：\_\_\_\_\_

你曾否感染新冠病毒（僅選一項）： 是  否

你曾否已接種新冠疫苗？（僅選一項）： 是  否

若回答“是”，你接種過： 一劑  兩劑

三劑  注射加強劑日期 \_\_\_\_\_

請列出以前或目前的醫療狀況：\_\_\_\_\_

以前是否施過手術？若是，請列出所有施過的大小手術（醫療程序）：\_\_\_\_\_

藥物及補充劑：列出所有現有處方藥、非處方藥，以及補充劑（包括中草藥及營養補充品）

患者健康問卷調查（第四版，亦稱PHQ-4）

在過去兩週，你受以下任何問題困擾的頻率（請圈選你的回應）

	根本沒有	幾天一次	一半時間	幾乎每天
感覺緊張、焦慮，或煩躁不安	0	1	2	3
不能停止或控制擔憂	0	1	2	3
對做事缺乏興趣或樂趣	0	1	2	3
感覺不開心、憂鬱，或絕望	0	1	2	3

（作為篩選目的，若任一分量表（問題1和2，或問題3和4）的總分為 $\geq 3$ ，則被視為陽性。）

普通問題 (若選擇“是”，請在該表格底部解釋。若不知道答案，請圈選問題。)	是	否
1. 你是否有任何憂慮想與服務提供者討論？		
2. 你的服務提供者是否以任何理由拒絕或限制你參加競技體育運動？		
3. 你的身體是否有持續的問題或疾病？		
有關你心臟的健康問題	是	否
4. 你曾否在運動中或運動後暈倒或差點暈倒？		
5. 在運動中，你是否經歷過胸口不適、胸痛、胸悶，或胸被壓的感覺？		
6. 你是否在做運動時感覺過心跳過快、心顫，或心律不正？		
7. 你的醫生是否告訴過你有心臟問題？		
8. 你的醫生是否要求過你做心電圖或超聲心動		

有關你心臟的健康問題（續）	是	否
9. 在運動期間，你是否比你的同學更容易頭暈或氣喘？		
10. 你曾否有過癲癇發作？		
有關你家族的心臟健康問題	是	否
11. 你的任何家人或親戚是否在35歲前死於心臟病發，或意外或不明原因的猝死（包括淹死或不可解釋的車禍）？		
12. 你是否有任何家人患有遺傳性心臟病，例如肥厚型心肌病（HCM）、馬凡綜合症、致心律失常性右室心肌病（ARVC）、長QT綜合症（LQTS）、短QT綜合症（SQTS）、布魯加達（Brugada）綜合症，或兒茶酚胺能多聚形態性室性心動過速（CPVT）？		
13. 你是否有家人在35歲前需體內安裝一個起搏器		

有關骨頭和關節的問題	是	否
14. 你曾否因應力性骨折或骨骼、肌肉、韌帶、關節或肌腱受傷而錯過訓練或比賽？		
15. 你是否有讓你困擾的骨頭、肌肉、韌帶、或關節受損的問題？		
有關醫療方面的問題	是	否
16. 你在運動期間或之後是否出現咳嗽、喘鳴、或呼吸困難等症狀？		
17. 你是否缺少一個腎臟、一隻眼睛、一個睪丸（男性）、脾臟、或任何其他器官？		
18. 你是否有腹股溝或睪丸疼痛等症狀，或在腹股溝周圍出現疼痛的鼓脹或疝氣？		
19. 你曾否有過任何反復出現的皮炎或皮疹，包括皰疹或耐甲氧西林金黃色葡萄球菌（MRSA）？		
20. 你曾否因腦震盪或頭部受傷而導致意識模糊、長期頭痛或記憶問題？		
21. 你曾否出現過手腳麻木、刺痛、無力，或被擊打或跌倒後手腳無法活動的情況？		
22. 你曾否在高溫下運動時感到不適？		
23. 你或你的家人是否有鎌狀細胞特徵或疾病？		
24. 你的眼睛或視力是否有過或有任何問題？		

有關醫療方面的問題（續）	是	否
25. 你是否擔心自己體重？		
26. 你是否嘗試，或其他人是否建議你增重或減重？		
27. 你是否有特殊的飲食要求，或是否須避免某些食物或食物類？		
28. 你有過飲食失調嗎？		
僅適用於女性的問題	是	否
29. 你是否已行經？		
30. 你第一次來月經時幾歲？		
31. 你最近一次來月經是什麼時候？		
32. 過去12個月你來過多少次月經？		

請在下方對回應“是”進行解釋。

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

本人謹此聲明，以上答案是本人以最了解的知識回應，表格的答案完整正確。

運動員簽署：\_\_\_\_\_

家長或監護人簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

該表格僅收藏在運動員的醫療檔案中，而不應與學校或體育運動機構分享。學校或體育運動機構僅要求遞交《醫療資格表》。

聲明：目前已有《參加競技體育運動前之身體評估表》（按州及本地指引）存檔的運動員無需填寫另一份《病史表》。

## 身體檢查表

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

### 對醫生的提示：

- 考慮對更敏感的話題多提問。
  - 你是否覺得自己壓力很大？
  - 你是否覺得不開心、絕望、憂鬱，或焦慮？
  - 你是否在家或住所感到安全？
  - 你是否試過香菸、電子煙、嚼菸、鼻菸，或蘸菸？
  - 在過去30天，你是否用過嚼菸、鼻菸，或蘸菸？
  - 你是否服用酒精或其它藥物？
  - 你曾用過合成代謝類固醇或使用任何其他增強體能表現的補充劑？
  - 你曾用過任何補充劑以助你增重或減重或改善你的體能表現？
  - 你是否戴安全帶、戴頭盔，及使用避孕套？
- 考慮與學生一起檢閱病史表上心血管症狀的問題（第4至13題）。

身體檢查			
身高：_____	體重：_____		
血壓： / ( / )	脈搏：_____	視力 20/ 左 20/ 矯正視力： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (右)	
新冠疫苗			
之前接受過新冠疫苗： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
是否在本次會診注射新冠疫苗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是： <input type="checkbox"/> 一劑 <input type="checkbox"/> 兩劑 <input type="checkbox"/> 三劑 <input type="checkbox"/> 注射加強劑日期 _____			
醫療狀況		正常	發現異常
外表			
• 馬凡綜合症【脊柱後側凸、高弓腭、漏斗胸、蛛形網、過度鬆弛、近視、二尖瓣脫垂 [MVP] 和主動脈瓣關閉不全】			
眼、耳、鼻、喉			
• 雙瞳孔等大			
• 聽力			
淋巴結			
心臟			
• 雜音（站立聽診、仰臥聽診，及士伐氏操作）			
雙肺			
腹部			
皮膚			
• 單純疱疹病毒 (HSV)，傷口顯示可能是耐甲氧西林金黃色葡萄球菌 (MRSA) 或體癬的病變			
神經			
骨骼系統		正常	發現異常
頸部			
背部			
肩臂			
肘部和前臂			
手腕、手，及手指			
髖部和大腿			
膝蓋			
腿和腳踝			
腳和腳趾			
功能性測試			
• 雙腿深蹲、單腿深蹲測試，以及著地反彈跳			

建議進行心電圖、超聲心動圖檢測，或轉介至心臟專科醫生進行異常心血管病史檢測，或查出異狀，或混合兩者檢查。

醫療專業人士姓名（請清晰填寫）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

醫療專業人士簽署：\_\_\_\_\_, 醫學博士 (MD),  
骨科醫學博士 (DO), 療護士 (NP), 或助理醫師

*noncommercial, educational purposes with acknowledgment.*

## ■ 參加競技體育運動前之身體評估表

### 醫療資格表

姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

- 符合參加所有體育運動的醫療資格，無需受限制。  
 符合參加所有體育運動的醫療資格，無需受限制，但建議對下述情況作進一步評估或治療：

\_\_\_\_\_

- 符合參加某些體育運動的醫療資格

\_\_\_\_\_

- 有待進一步評估，不符合醫療資格

- 不符合任何體育運動的醫療資格

建議: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

本人已對該表格所述之學生進行身體檢查，並進行參加競技體育運動前之身體評估。該運動員沒有明顯的運動訓練禁忌症，並可參加該表格所列之運動。本診所保留本次檢查的記錄副本，並可應家長要求向學校提供。若運動員在獲准參加競技體育運動後出現狀況，醫生可取消其醫療資格，直到問題解決為止，並向運動員（及家長或監護人）解釋清楚其潛在後果。

醫療專業人士姓名（請清晰填寫）: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_

醫療專業人士簽署: \_\_\_\_\_, 醫學博士（MD）,  
骨科醫學博士（DO）、療護士（NP）, 或助理醫師

### 共享緊急訊息

過敏症: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

藥物: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

其它訊息: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

緊急聯絡人: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_