

淡江大學事故傷害登錄表

102 年 9 月版

傷者屬性：校外人士 本校教職員工生（ 淡水校園 台北校園 蘭陽校園 ）

姓名：_____ 學號/人員代號：_____ 性別：男 女

系級/單位：_____ 生日：民國____年____月____日 年齡：_____

受傷前健康狀況：正常殘障_____ 疾病_____ 連絡電話：_____

※本人已閱讀並同意淡江大學生輔組個人資料蒐集、處理及利用告知聲明。

衛保組隱私聲明暨個人資料提供同意書。簽名：_____

受傷性質	受傷部位
<input type="checkbox"/> 壓夾傷 <input type="checkbox"/> 擦傷 <input type="checkbox"/> 砸撞傷 <input type="checkbox"/> 撕裂傷 <input type="checkbox"/> 跌墜傷 <input type="checkbox"/> 膿傷 <input type="checkbox"/> 挫傷 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 扭傷 <input type="checkbox"/> 割刺傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 抓咬螫傷 <input type="checkbox"/> 脫臼 <input type="checkbox"/> 溺、嗆水 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 臉 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 嘴唇 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 牙齒 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 陰部 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 小腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腳踝 <input type="checkbox"/> 腳掌 <input type="checkbox"/> 腳趾 <input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 手腕 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 其他_____
發生時間	民國____年____月____日(星期____) <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 ____時____分 <input type="checkbox"/> 上課時間 <input type="checkbox"/> 下課時間
發生地點	發生地點： <input type="checkbox"/> 校內 <input type="checkbox"/> 校外，屬於 <input type="checkbox"/> 室內 <input type="checkbox"/> 室外 地點：_____
傷害發生情形	傷者當時從事活動： <input type="checkbox"/> 交通事故： <input type="checkbox"/> 行人 <input type="checkbox"/> 使用交通工具為_____ <input type="checkbox"/> 體育活動 ※ <input type="checkbox"/> 是否穿夾腳拖或拖鞋 <input type="checkbox"/> 其他活動：_____ 受傷原因： <input type="checkbox"/> 未遵守正確方法 <input type="checkbox"/> 設備損壞 <input type="checkbox"/> 設計不良(足) <input type="checkbox"/> 地面濕滑 <input type="checkbox"/> 過度疲勞 <input type="checkbox"/> 疏忽不小心 <input type="checkbox"/> 違反法規 <input type="checkbox"/> 安全意識不足 <input type="checkbox"/> 暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 互毆 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 天然災害 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 其他_____
校內處置	<input type="checkbox"/> 傷口清洗消毒 <input type="checkbox"/> 止血包紮 <input type="checkbox"/> 冰敷 <input type="checkbox"/> 夾板固定 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> CPR____分鐘 <input type="checkbox"/> 保健組醫療處置 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 其他_____
轉送處置	<input type="checkbox"/> 通知 119 <input type="checkbox"/> 自行就診 <input type="checkbox"/> 其他 醫院(診所)名稱： <input type="checkbox"/> 淡水馬偕 <input type="checkbox"/> 公祥 <input type="checkbox"/> 國軍北投 <input type="checkbox"/> 其他_____ 送醫時間：民國____年____月____日(星期____) <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 ____時____ 送醫者： <input type="checkbox"/> 教官 <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 校護 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他
追蹤結果	<input type="checkbox"/> 校內處置 <input type="checkbox"/> 轉送處置 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 癱瘓 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他

填表日期：

承辦人簽章：