

# 淡江大學事故傷害登錄表

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"/> 頭	<input type="checkbox"/> 臉	<input type="checkbox"/> 眼
<input type="checkbox"/> 砸撞傷	<input type="checkbox"/> 撕裂傷	<input type="checkbox"/> 耳	<input type="checkbox"/> 鼻	<input type="checkbox"/> 嘴唇
<input type="checkbox"/> 跌墜傷	<input type="checkbox"/> 膿傷	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 牙齒	<input type="checkbox"/> 頸
<input type="checkbox"/> 挫傷	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 胸	<input type="checkbox"/> 腹部
<input type="checkbox"/> 燒燙傷	<input type="checkbox"/> 扭傷	<input type="checkbox"/> 背	<input type="checkbox"/> 腰	<input type="checkbox"/> 臀部
<input type="checkbox"/> 割刺傷	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 陰部	<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 小腿
<input type="checkbox"/> 抓咬螫傷	<input type="checkbox"/> 脫臼	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 腳踝	<input type="checkbox"/> 腳掌
<input type="checkbox"/> 溺、嗆水	<input type="checkbox"/> 休克	<input type="checkbox"/> 腳趾	<input type="checkbox"/> 上臂	<input type="checkbox"/> 前臂
<input type="checkbox"/> 中毒		<input type="checkbox"/> 手腕	<input type="checkbox"/> 手掌	<input type="checkbox"/> 手指
<input type="checkbox"/> 其他_____		<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 <input type="checkbox"/> 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：