

# 運動訓練前健康檢查表

選手姓名：\_\_\_\_\_

性別：☐ 男 ☐ 女

選手編號：\_\_\_\_\_

隊 別：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## A. 過去傷害狀況 (已復原)：

### 1. 過去有的症狀或疼痛部位 (已復原)

☐ 無 (若勾無，以下不必填寫)

☐ 有，請詳述有症狀的部位

部位	左	右	部位	左	右	部位
<input type="checkbox"/> 頭部/臉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肩關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 髖關節
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上臂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鼠蹊部
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肘關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腿後肌群
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前臂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股四頭肌
<input type="checkbox"/> 胸骨/肋骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腕關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大腿內收肌群
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手掌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大腿外展肌群
<input type="checkbox"/> 骨盆/薦椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手指/大拇指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 膝關節
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上背部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小腿
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下背部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 阿基里斯腱
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 踝關節
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 足部、腳趾

### 2. 傷勢類型：

肌肉/肌腱	骨頭	韌帶
<input type="checkbox"/> 肌肉拉傷/撕(斷)裂	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 扭傷(斷裂)
<input type="checkbox"/> 肌肉挫傷	<input type="checkbox"/> 疲勞壓力骨折	<input type="checkbox"/> 慢性不穩定
<input type="checkbox"/> 腔室症候群	<input type="checkbox"/> 骨頭挫傷	<u>表皮組織</u>
<input type="checkbox"/> 肌腱炎	<input type="checkbox"/> 缺血性壞死	<input type="checkbox"/> 挫傷(淺層)
<input type="checkbox"/> 肌腱撕(斷)裂	<input type="checkbox"/> 骨突炎	<input type="checkbox"/> 撕裂傷
<u>神經</u>	<u>軟骨/滑膜(囊)</u>	<input type="checkbox"/> 擦傷
<input type="checkbox"/> 中樞神經受傷(含腦震盪)	<input type="checkbox"/> 軟骨受傷	<u>血管</u>
<input type="checkbox"/> 周邊神經受傷(含神經瘤)	<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 血管創傷
	<input type="checkbox"/> 滑膜炎	<u>器官/肢段</u>
	<input type="checkbox"/> 滑囊炎	<input type="checkbox"/> 器官損傷
		<input type="checkbox"/> 截肢

3. 治療方式:

- ☐ 僅休息  
☐ 物理治療  
☐ 醫療介入  
☐ 其他: \_\_\_\_\_

**B. 目前傷害狀況:**

1. 目前有的症狀或疼痛部位:

- ☐ 無 (若勾無, 以下不必填寫)  
☐ 有, 請詳述有症狀的部位

部位	左	右	部位	左	右	部位
<input type="checkbox"/> 頭部/臉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肩關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 髖關節
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上臂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鼠蹊部
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肘關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腿後肌群
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前臂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股四頭肌
<input type="checkbox"/> 肋骨/胸骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腕關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大腿內收肌群
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手掌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大腿外展肌群
<input type="checkbox"/> 骨盆/薦椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手指/大拇指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 膝關節
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上背部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小腿
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下背部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 阿基里斯腱
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 踝關節
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 足部、腳趾

2. 傷勢類型:

肌肉/肌腱	骨頭	韌帶
<input type="checkbox"/> 肌肉拉傷/撕(斷)裂	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 扭傷(斷裂)
<input type="checkbox"/> 肌肉挫傷	<input type="checkbox"/> 疲勞壓力傷害	<input type="checkbox"/> 慢性不穩定
<input type="checkbox"/> 腔室症候群	<input type="checkbox"/> 骨頭挫傷	<u>表皮組織</u>
<input type="checkbox"/> 肌腱炎	<input type="checkbox"/> 缺血性壞死	<input type="checkbox"/> 挫傷(淺層)
<input type="checkbox"/> 肌腱撕(斷)裂	<input type="checkbox"/> 骨突炎	<input type="checkbox"/> 撕裂傷
<u>神經</u>	<u>軟骨/滑膜(囊)</u>	<input type="checkbox"/> 擦傷
<input type="checkbox"/> 中樞神經受傷(含腦震盪)	<input type="checkbox"/> 軟骨受傷	<u>血管</u>
<input type="checkbox"/> 周邊神經受傷(含神經瘤)	<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 血管創傷
	<input type="checkbox"/> 滑膜炎	<u>器官/肢段</u>
	<input type="checkbox"/> 滑囊炎	<input type="checkbox"/> 器官損傷
		<input type="checkbox"/> 截肢

3. 治療方式:

- ☐ 僅休息  
☐ 物理治療  
☐ 醫療介入  
☐ 其他: \_\_\_\_\_

### C. 醫療史與家族史 (Medical and Family History)

1. 您是否曾經在運動中有胸口疼痛、異常疲累、昏厥、心臟雜音、高血壓症狀？  
☐ 無  
☐ 有 ( ☐ 胸口疼痛、☐ 異常疲累、☐ 昏厥、☐ 心臟雜音、☐ 高血壓 )
2. 您的親人是否曾經於 50 歲前因心臟問題死亡或失能？  
☐ 無  
☐ 有
3. 您是否曾經被檢查出心臟雜音、股動脈脈搏異常、馬凡氏症候群、肱動脈血壓異常？  
☐ 無  
☐ 有 ( ☐ 心臟雜音、☐ 股動脈脈搏異常、☐ 馬凡氏症候群、☐ 肱動脈血壓異常 )

### D. 心血管篩檢 (Cardiovascular Screening)

項次	是否曾經	有	無
1	運動期間(後)曾經有昏倒的經驗嗎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	運動期間(後)曾經有頭暈的經驗嗎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	運動期間(後)曾經有胸痛的經驗嗎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	運動期間是否容易比隊友更快感到疲累	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	您有心跳加快(速)的經驗嗎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	您是否曾被告知患有高血壓或高膽固醇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	您是否曾被告知有心臟雜音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	您是否有家人或親戚曾經死於心臟病或於 50 歲前突然死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	您是否在一個月內患有嚴重病毒感染(心肌炎等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	您是否曾被醫師因心臟問題限制參與運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E. 腦震盪篩檢 (Concussion Screening)

(一) 選手背景: 您是否曾經有下列病史(症狀)

項次		有	無
1	頭部受傷住院 (若有請在下方備註說明)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	診斷(治療)頭痛或偏頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	診斷為學習(閱讀)障礙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	診斷為注意力不足過動症(ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	診斷為憂鬱症、焦慮症或其他心理障礙疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 現在是否服用藥物：☐無 ☐有(請述明) \_\_\_\_\_。
- 備註：\_\_\_\_\_。

(二) 症狀自我評估 (Symptom Evaluation)；(0 分沒有症狀，6 分症狀嚴重)：

1	頭痛	0	1	2	3	4	5	6
2	頭部壓力	0	1	2	3	4	5	6
3	頸部疼痛	0	1	2	3	4	5	6
4	噁心嘔吐	0	1	2	3	4	5	6
5	頭暈	0	1	2	3	4	5	6
6	視力模糊	0	1	2	3	4	5	6
7	平衡問題	0	1	2	3	4	5	6
8	對光敏感	0	1	2	3	4	5	6
9	對噪音敏感	0	1	2	3	4	5	6
10	感覺步調放慢	0	1	2	3	4	5	6
11	腦霧	0	1	2	3	4	5	6
12	感覺不對勁	0	1	2	3	4	5	6
13	難以專注	0	1	2	3	4	5	6
14	記憶困難	0	1	2	3	4	5	6
15	疲勞	0	1	2	3	4	5	6
16	錯亂	0	1	2	3	4	5	6
17	睡意	0	1	2	3	4	5	6
18	情緒化	0	1	2	3	4	5	6
19	易怒	0	1	2	3	4	5	6
20	悲傷	0	1	2	3	4	5	6
21	緊張焦慮	0	1	2	3	4	5	6
22	困難入睡	0	1	2	3	4	5	6

- 症狀總數：\_\_\_\_\_ / 22。
- 症狀分數：\_\_\_\_\_ / 132。

(三) 認知篩檢 (Cognitive Screening):

1. 定位 (Orientation): (0 錯誤; 1 正確)

1	現在是幾月?	0	1
2	今天是幾號?	0	1
3	今天是星期幾?	0	1
4	現在是哪年?	0	1
5	現在是幾點? (誤差 1 小時內)	0	1

● 定位 (Orientation)總分: \_\_\_\_ / 5。

2. 短期記憶(Immediate Memory) (測驗三次, 0 錯誤; 1 正確)

詞彙	第一次		第二次		第三次	
手機	0	1	0	1	0	1
外套	0	1	0	1	0	1
啞鈴	0	1	0	1	0	1
雨傘	0	1	0	1	0	1
機車	0	1	0	1	0	1
鑰匙	0	1	0	1	0	1
太陽	0	1	0	1	0	1
火鍋	0	1	0	1	0	1
跑步	0	1	0	1	0	1
錢包	0	1	0	1	0	1
每次分數	/ 10		/ 10		/ 10	

● 最後完成時間: \_\_\_\_\_。

● 短期記憶總分: \_\_\_\_\_ / 30。

3. 專注力(Concentration): 數字顛倒測驗 (測驗四次, 0 錯誤; 1 正確)

List A	List B	List C				
4-9-3	5-2-6	1-4-2	Y	N	0	1
6-2-9	4-1-5	6-5-8	Y	N		
3-8-1-4	1-7-9-5	6-8-3-1	Y	N	0	1
3-2-7-9	4-9-6-8	3-4-8-1	Y	N		
6-2-9-7-1	4-8-5-2-7	4-9-1-5-3	Y	N	0	1
1-5-2-8-6	6-1-8-4-3	6-8-2-5-1	Y	N		
7-1-8-4-6-2	8-3-1-9-6-4	3-7-6-5-1-9	Y	N	0	1
5-3-9-1-4-8	7-2-4-8-5-6	9-2-6-5-1-4	Y	N		
			總分	/ 4		

(四) 協調與平衡測驗 (Coordination and Balance Examination)

1. 改良版平衡姿勢檢測 (Modified Balance Error Score System testing, mBESS) :

測試腳(非慣用腳): ☐ 左 ☐ 右

測試平面(硬地/訓練場): \_\_\_\_\_。

腳穿著(赤足/球鞋/貼紮): \_\_\_\_\_。

閉上眼、雙手插腰完成以下動作(20 秒)	錯誤扣分
雙腳站立	/ 10
腳跟前後站立(慣用腳在前)	/ 10
單腳站立(非慣用腳)	/ 10
總錯誤次數	/ 30

錯誤動作:手移開腰、眼睛張開、跌倒(不穩)、髖外展超過 30 度、腳後跟(前足)抬起、無法維持姿勢超過 5 秒。

2. 腳跟碰腳尖快速走路(Timed Tandem Gait):紀錄三公尺線內來回往返時間

腳跟碰腳尖快速走路記錄時間(秒)				
第一次	第二次	第三次	平均時間	最快時間

(五) 延遲記憶(Delayed Recall)

請選手回想複誦上述提到的十個詞彙。(0 錯誤；1 正確)

詞彙	分數	
手機	0	1
外套	0	1
啞鈴	0	1
雨傘	0	1
機車	0	1
左營	0	1
太陽	0	1
火鍋	0	1
跑步	0	1
錢包	0	1
總分	/10	

- 測驗開始時間：\_\_\_\_\_。

(六) 認知篩檢(Cognitive Screening)分數總合:

定位 (Orientation)	/5
短期記憶 (Immediate Memory)	/30
專注力 (Concentration)	/4
延遲記憶 (Delayed Recall)	/10
總分	/49

## F. 骨科篩檢(Orthopaedic Screening)：

項次	指示操作	觀察重點	結果
1	站立面對檢測官	肩鎖關節(AC joint)對稱性	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
2	看天花板、地板；將耳朵側彎碰到肩膀；頭向兩側肩膀旋轉	頸椎活動度(伸直 $0^{\circ}$ - $60^{\circ}$ ；彎曲 $0^{\circ}$ - $50^{\circ}$ ；側彎 $0^{\circ}$ - $45^{\circ}$ ；旋轉 $0^{\circ}$ - $80^{\circ}$ )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
3	聳肩(給予阻力抵抗)	斜方肌肌力(MMT5)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
4	肩膀外展 90 度(給予阻力抵抗)	三角肌肌力(MMT5)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
5	肩膀完整外旋	肩膀外旋角度( $0^{\circ}$ - $100^{\circ}$ )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
6	手肘伸直及彎曲	手肘活動度(伸直 $0^{\circ}$ -彎曲 $155^{\circ}$ )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
7	前臂旋前與旋後(手放身體兩側並手肘彎曲 90 度姿勢下)	前臂活動度(旋前 $0^{\circ}$ - $90^{\circ}$ ；旋後 $0^{\circ}$ - $90^{\circ}$ )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
8	張開雙手、握拳	完整手部動作	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
9	收緊(放鬆)股四頭肌	膝蓋對稱性、是否積水	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
10	“鴨子走路” 朝向(遠離)檢測官	髖、膝、踝動作	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
11	背對檢測官	肩膀對稱性；脊椎側彎	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
12	膝蓋伸直下前彎觸碰腳趾	髖關節與腿後肌活動度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
13	踮起腳跟與腳趾	小腿肌對稱性與肌力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常

### 防護人員簽名

● 防護人員：

日期：

● 檢查註記：

---



---



---



---



---



---



---