

運動員醫學表格 – 健康史

(由運動員或父母/監護人/護理人員完成，並攜帶至體檢處)

Special
Olympics



運動員的姓名：_____

首選姓名：_____

運動員的出生日期（日/月/年）：_____

☐ 女 ☐ 男

國家：_____

電子郵箱：_____

併發症- 運動員是否有以下病症（勾選符合的選項）：

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 孤獨症 | <input type="checkbox"/> 唐氏症 | <input type="checkbox"/> 脆性 X 染色體綜合症 |
| <input type="checkbox"/> 大腦性麻痺 | <input type="checkbox"/> 胎兒乙醇綜合症 | |
| <input type="checkbox"/> 其他綜合症，請說明：_____ | | |

過敏史 & 飲食忌口

- ☐ 未知的過敏症
- ☐ 乳膠
- ☐ 藥物：_____
- ☐ 昆蟲叮咬：_____
- ☐ 食品：_____

輔助設備 - 運動員是否使用任何輔助設備（勾選符合的選項）：

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支具 | <input type="checkbox"/> 結腸造口 | <input type="checkbox"/> 交流設備 |
| <input type="checkbox"/> C-PAP 呼吸機 | <input type="checkbox"/> 拐杖或助行器 | <input type="checkbox"/> 義齒 |
| <input type="checkbox"/> 框架眼鏡或隱形眼鏡 | <input type="checkbox"/> G 管或 J 管 | <input type="checkbox"/> 助聽器 |
| <input type="checkbox"/> 植入裝置 | <input type="checkbox"/> 吸入器 | <input type="checkbox"/> 起搏器 |
| <input type="checkbox"/> 可拆卸假肢 | <input type="checkbox"/> 夾板 | <input type="checkbox"/> 輪椅 |

列出任何特殊飲食需求：

運動參與

列出所有運動員希望參與的特殊奧運會運動：

醫生是否曾限制運動員參與運動？

☐ 否 ☐ 是 如果是，請詳細說明：_____

手術，感染，疫苗

列出過去所有的手術經歷：

運動員目前是否有任何慢性或急性的感染？

☐ 否 ☐ 是 如果是，請詳細說明：_____

運動員的心電圖（EKG）或超聲心動圖（Echo）是否曾出現異常？如果是，請詳細說明日期和結果

- ☐ 是，EKG 曾出現異常
- ☐ 是，Echo 曾出現異常

運動員在過去 7 年內是否注射過破傷風疫苗？ ☐ 否 ☐ 是

運動員是否感染過新冠肺炎？

☐ 否

☐ 是 若選擇“是”，請填入確診感染日期（日/月/年）

勾選相關選項：描述運動員感染新冠後的症狀水準

- ☐ 無症狀
- ☐ 輕度症狀 - 咳嗽，喪失味覺、嗅覺或感到疲勞，以上症狀兩周內消失
- ☐ 中度症狀 - 勞累時呼吸急促，全身肌肉疼痛
- ☐ 重度症狀 - 因各種原因入院治療

描述感染新冠肺炎後的各種影響健康的併發症

運動員醫學表格 – 健康史

(由運動員或父母/監護人/護理人員完成，並攜帶至體檢處)

Special
Olympics



癲癇症和/或癲癇病史

癲癇症或任何類型的癲癇症狀

☐ 否 ☐ 是

如果是，請列出癲癇類型：

如果是，在過去的一年內是否有癲癇發作？ ☐ 否 ☐ 是

心理健康

在過去的一年內是否有自傷行為？

☐ 否 ☐ 是

在過去的一年內是否有攻擊行為？

☐ 否 ☐ 是

詳細說明任何其他心理健康問題：

抑鬱症（經診斷）

☐ 否 ☐ 是

焦慮症（經診斷）

☐ 否 ☐ 是

家族史

是否有任何家族成員在 50 歲前死於心臟問題？

☐ 否 ☐ 是

是否有任何家族成員在運動時死亡？

☐ 否 ☐ 是

列出運動員家族中 所有的醫療史：

運動員醫學表格 – 健康史

(由運動員或父母/監護人/護理人員完成，並攜帶至體檢處)



運動員的姓名：_____

運動員是否曾被診斷為以下症狀或經歷過以下狀況

意識喪失	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	高血壓	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	中風/暫態性腦缺血	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
運動中或運動後頭暈	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	高膽固醇	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	腦震盪	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
運動中或運動後頭痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	視力障礙	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	哮喘	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
運動中或運動後胸痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	聽覺障礙	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	糖尿病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
運動中或運動後氣促	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	脾腫大	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	肝炎	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
心跳不規則，心跳加速，心跳暫停	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	單腎	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	尿不適	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
先天性心臟缺損	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	骨質疏鬆症	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	脊柱裂	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
心臟病發作	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	骨量減少	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	關節炎	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
心肌症	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	鎌狀細胞疾病（貧血）	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	中暑	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
心臟瓣膜疾病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	鐮刀型貧血特質	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	骨折	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
心雜音	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	易出血	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	脫臼	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
心內膜炎	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是女性運動員，請列出上一次的月經期：			

詳細說明過去的骨折或脫臼經歷（如果勾選了這兩者中的任一選項）

列出其他正在發生的或過去的醫療狀況：

與脊髓壓迫和寰樞椎不穩有關的神經學症狀

難以控制大小便	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
腿、手臂、手或腳麻木或刺痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
腿、手臂、手或腳麻木或刺痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
脖子、後背、肩膀、手臂、手、臀部、腿或腳的灼痛、刺痛、神經壓迫或疼痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
頭部傾斜	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
痙攣狀態	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
癱瘓	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是，這是過去 3 年以來的新症狀還是變得更嚴重了	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

請列出所有的藥物、維生素或膳食補充劑

（包括吸入器、避孕或激素治療）

藥物、維生素或膳食補充劑	劑量	每日攝入的次數	藥物、維生素或膳食補充劑	劑量	每日攝入的次數	藥物、維生素或膳食補充劑	劑量	每日攝入的次數

運動員是否能管理自己的藥物？ ☐ 否 ☐ 是

完成此表格的人員姓名

與運動員的關係

電話

電子郵件



運動員的姓名: _____

醫學健康資訊 (由有資格實施檢查和開處方的持執照醫療專業人員完成)							
身高	體重	身體品質指數 (選填)	體溫	脈搏	O ₂ Sat (血 氧飽和度)	血壓 (單位 mmHg)	視力
cm	kg	BMI	C			右側血壓: 左側血壓:	右眼視力 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 20/40 或更佳 <input type="checkbox"/> 不適用
in	lbs	體脂率%	F				左眼視力 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 20/40 或更佳 <input type="checkbox"/> 不適用

右耳聽力 (手指研磨法)	<input type="checkbox"/> 有反應	<input type="checkbox"/> 無反應	<input type="checkbox"/> 無法評估	腸鳴音	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
左耳聽力 (手指研磨法)	<input type="checkbox"/> 有反應	<input type="checkbox"/> 無反應	<input type="checkbox"/> 無法評估	肝腫大	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
右耳道	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 有耳垢	<input type="checkbox"/> 有異物	脾腫大	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
左耳道	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 有耳垢	<input type="checkbox"/> 有異物	腹部壓痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 右上腹 <input type="checkbox"/> 右下腹 <input type="checkbox"/> 左上腹 <input type="checkbox"/> 左下腹	
右鼓膜	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 穿孔	<input type="checkbox"/> 感染	<input type="checkbox"/> 不適用	腎壓痛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
左鼓膜	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 穿孔	<input type="checkbox"/> 感染	<input type="checkbox"/> 不適用	右上肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 反射亢進
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 優	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 差	左上肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 反射亢進	
甲狀腺腫大	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是		右下肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 反射亢進	
淋巴結腫大	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是		左下肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 反射亢進	
心雜音 (仰臥)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 1/6 或 2/6	<input type="checkbox"/> 3/6 或 更高	步態異常	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請說明	
心雜音 (站立)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 1/6 或 2/6	<input type="checkbox"/> 3/6 或 更高	痙攣狀態	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請說明	
心律	<input type="checkbox"/> 規則	<input type="checkbox"/> 不規則		震顫	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請說明	
肺	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 不清晰		脖子和後背靈活性	<input type="checkbox"/> 完全能活動 <input type="checkbox"/> 不能完全活動, 請說明	
右腿水腫	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+		上肢靈活性	<input type="checkbox"/> 完全能活動 <input type="checkbox"/> 不能完全活動, 請說明	
左腿水腫	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+		下肢靈活性	<input type="checkbox"/> 完全能活動 <input type="checkbox"/> 不能完全活動, 請說明	
脈對稱	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> R>L <input type="checkbox"/> L>R		上肢力量	<input type="checkbox"/> 力量完整 <input type="checkbox"/> 力量減弱, 請說明	
蒼白病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, 請說明		下肢力量	<input type="checkbox"/> 力量完整 <input type="checkbox"/> 力量減弱, 請說明	
杵狀指	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, 請說明		敏感性損傷	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請說明	

脊髓壓迫和寰樞椎不穩 (AAI) (僅選一項)

☐ 運動員未表現出與脊髓壓迫或寰樞椎不穩有關的神經症狀或體征。

或

☐ 運動員表現出了可能與脊髓壓迫或寰樞椎不穩有關的神經症狀或體征, 且必須進行一次額外的神經學評估來排除參與運動的脊髓損傷風險

運動員參與許可 (僅由體檢醫生完)

持執照的體檢醫生在體檢之前, 建議體檢醫生與運動員或其監護人對病史中的項目進行核實討論。如果運動員需要進一步的醫療評估, 請在下方說明, 並且第二位醫師應完成第 4 頁的內容。

☐ 此運動員可無限制地參加特殊奧運會。

☐ 此運動員可在限制條件下參加特殊奧運會。請說明 →

☐ 此運動員這次可能無法參加特殊奧運會, 且因為以下潛在問題, 必須由一位醫師進行進一步的評估

<input type="checkbox"/> 心臟檢查	<input type="checkbox"/> 急性感染	<input type="checkbox"/> 室內空氣中血氧飽和度低於 90%
<input type="checkbox"/> 神經檢查	<input type="checkbox"/> II 期高血壓或更高	<input type="checkbox"/> 肝腫大或脾腫大
<input type="checkbox"/> 其他, 請說明:		

運動員醫學表格 – 體檢

（由有資格實施檢查和開處方的持執照醫療專業人員完成）



持執照體檢醫生的其他備註及建議隨訪（非必需）：

☐ 隨訪心臟病科醫師

☐ 隨訪神經科醫師

☐ 隨訪初級護理醫師

☐ 隨訪視力專家

☐ 隨訪聽力專家

☐ 隨訪牙醫或牙科保健師

☐ 隨訪足病醫生

☐ 隨訪理療師

☐ 隨訪營養學家

☐ 其他/體檢備註：

		姓名：	
		電子郵箱：	
持執照醫學專家的簽名	體檢日期	電話：	執照編號：

運動員醫學表格 – 醫療轉診表

(只有需要轉診時才由一位醫療專業人員完成)



運動員的姓名：_____

只有當第 3 頁的醫師未許可運動員的參與請求，且建議運動員進行隨訪時，此頁面才需填寫並簽字。
運動員應攜帶之前已完成的表格頁面至醫師處。

體檢醫師的姓名：_____

專科：_____

我已針對以下醫學潛在問題對此運動員進行了體檢 - 請說明：

☐ 心臟檢查

☐ 急性感染

☐ 室內空氣中血氧飽和度低於 90%

☐ 神經檢查

☐ II 期高血壓或更高

☐ 肝腫大或脾腫大

☐ 其他，請說明：

根據我的專業審查，此運動員可以參加特殊奧運會（在下方說明限制）：

☐ 是，無需限制

☐ 是，但是有限制（在下方列出）

☐ 否

體檢醫生的其他備註/限制：

體檢醫生的電子郵箱：_____

體檢醫生的電話：_____

執照：_____

體檢醫師的簽名：

日期

此欄僅由特殊奧運會員工完成（如果適用）。

此醫學體檢是在 MedFest 活動上完成的嗎？

☐ 是

☐ 否

運動員是一名聯合合作夥伴（Unified Partner）還是青年運動員活動參與者？

☐ 聯合合作夥伴（Unified Partner）

☐ 青年運動員