

意外/受傷通報表

請列印

若您在擔任志工期間受傷，
請利用以下電子信箱或電話與奧克蘭市政府聯絡：
adoptaspot@oaklandnet.com/510-238-7630。

姓名（傷者）	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生日	電子信箱
傷者的地址和最佳聯絡電話（包括區碼）			
如適用，請提供父母姓名、地址和最佳聯絡電話（包括區碼）			
發生意外的日期和時間		發生意外的地點	
已知的疑似受傷類型（勾選所有適用項目）： <input type="checkbox"/> 瘀青 <input type="checkbox"/> 脫臼 <input type="checkbox"/> 撕裂傷 <input type="checkbox"/> 腦震盪 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 扭傷/拉傷			
其他（請註明） _____ _____			
受傷的身體部位（傷勢的左右側請以「R」和「L」標明，「R」代表右側，「L」代表左側） <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 腳 <input type="checkbox"/> 手臂 <input type="checkbox"/> 肩膀 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 臉部 <input type="checkbox"/> 腳 <input type="checkbox"/> 腿 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 眼睛			
其他（請註明） _____ _____			
是否有實施急救？如果有的話，請詳述： _____ _____			
是否有建議叫救護車？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
如果有的話，傷者有拒絕嗎？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
牙齒是否有受傷？如果有的話，是哪些牙齒受傷？		說明受傷牙齒在意外發生前的狀況： <input type="checkbox"/> 整顆完好的真牙 <input type="checkbox"/> 填補牙 <input type="checkbox"/> 蛀牙 <input type="checkbox"/> 假牙	
受傷是否導致死亡？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
請說明意外的發生始末-請儘可能詳列所有細節			
填表者			
正楷姓名 _____		簽名 _____	
日期 _____			