

請列印

: adoptaspot@oaklandca.gov/510-238-7630 •

姓名（傷者）		性別 男 ☐ 女 ☐	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）： ☐ 瘀青 ☐ 脫臼 ☐ 撕裂傷 ☐ 腦震盪 ☐ 骨折 ☐ 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） ☐ 手 ☐ 腳 ☐ 手臂 ☐ 肩膀 ☐ 背部 ☐ 頭部 ☐ 臉部 ☐ 腳 ☐ 腿 ☐ 胸部 ☐ 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 ☐ ☐ 否				
如果有的話，傷者有拒絕嗎？ 是 ☐ ☐ 否				
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： ☐ 整顆完好的真牙 ☐ 填補牙 ☐ 蛀牙 ☐ 假牙		
受傷是否導致死亡？ 是 ☐ ☐ 否				
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 _____				