

부록 C: 뇌진탕 검진 확인

자택 및 학교 뇌진탕 관리 계획 (Home and School Concussion Management Plan) 을 1 단계부터 4 단계까지 완료한 후 뇌진탕 검진 확인을 위한 검진을 받아야 합니다. 비접촉 (5 단계) 및 접촉 (6 단계) 체육 활동에 전면적으로 참여하기에 앞서 의사 또는 전문 간호사가 서명한 뇌진탕 검진 확인서 (Concussion Medical Clearance Form) 를 학교에 제출해야 합니다.

1 단계 - 학부모/후견인 작성

학생 성명: _____

뇌진탕 발생일: _____ 뇌진탕 진단일: _____

과거 뇌진탕 경력: 예 / 아니요 (동그라미 치시오) '예'일 경우 날짜: _____

2 단계 - 진료소 작성 (to be completed by Medical Office)

Physician / Nurse Practitioner Name: _____ Medical License #: _____

Email / Contact #: _____

A medical examination has determined that:

This patient can return with full participation in cognitive and physical activities without restrictions.

or

This patient can return to cognitive and physical activities with the following restriction(s):

Restriction	line

Signature - Physician / Nurse Practitioner
(Please circle appropriate designation)

Date