

## 附录 C: 脑震荡体检合格表

在《家庭和学校脑震荡管理计划》第 1 至 4 阶段完成后，将进行脑震荡合格体检。必须将由医生或执业护士签字后的脑震荡体检合格表交回学校后，学生方可全面参加无接触（第 5 阶段）和有接触（第 6 阶段）的体育运动。

### 第 1 步 - 由父/监护人完成

学生姓名: \_\_\_\_\_

脑震荡日期: \_\_\_\_\_ 脑震荡诊断日期: \_\_\_\_\_

脑震荡史: 有/无 (请圈选) 如有, 日期: \_\_\_\_\_

### 第 2 步 - 由医务人员完成

医生/执业护士姓名: \_\_\_\_\_ 医疗执照号码: \_\_\_\_\_

电子邮件/联系电话: \_\_\_\_\_

体检已确定:

该患者可以不受限制地重新参与所有的认知和体力活动。

或

该患者可以在以下限制之下重新参与认知和体力活动:

限制	线

\_\_\_\_\_  
签名 - 医生/执业护士

\_\_\_\_\_  
日期

(请圈选相应的职称)