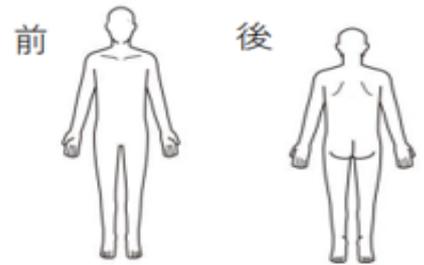


* 【ケガ】医療・家庭へ伝える項目 *

名前	刃がナ	性別	男・女
		身長	cm
		体重	kg
年齢	歳 (年生)	血液型	



共通事項 (保健室来室時刻 ... : 頃)

発生日	年 月 日 ()	発生時刻	AM・PM :
発生状況 (原因)			
受傷部位		発生場所	
全身状況	腫脹・変形・運動痛・圧痛・発赤・局所熱感・叩打痛・他 ()		
本人の主たる訴え			
現在の処置状況	(包帯固定・シーネ等)		
救急搬送の有無	無・有 (搬送先 ... 、搬送時刻 ... :)		

保護者 (TEL 時刻 ... : 頃、担任・養護・管理職より TEL)

受診方法	学校から職員と一緒に・病院で合流・保護者来校・他 ()		
受診医療機関	かかりつけ医 () ・他 ()		
その他確認事項	保険証持参依頼・病院までの移動手段とかかる時間・ 他 ()		

医療機関 (TEL 時刻 ... : 頃、養護・管理職・担任より TEL)

既往歴の有無	無・有 ()	アレルギーの有無	無・有 ()
搬送方法と時間	搬送方法 ... 、到着時間 ... 約 分後		
最終飲食時間	食事【 : 頃】、飲水【 : 頃】		

Memo (経過観察・結果

緊急手術の際に必要な情報
(麻酔は食後約3時間後)

記録者 ()