

* 【熱中症】医療機関へ伝える項目 *

名前	フリガナ	性	男 ・ 女
		年齢	歳 (年生)
		身長 / 体重	cm / kg



共通事項

(保健室来室時刻 … : 頃)

発症日	年 月 日 ()	発症時刻	AM・PM :
気温	℃	湿度	%
		暑さ指数	℃
活動場所	屋内 ・ 屋外 (日陰 ・ 日向)	活動時間	: ~ :
服装		帽子	無 ・ 有
活動内容			
いつもと異なる点 (何か気づいたこと)			
本人の主たる訴え			
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 ()		



バイタル・全身状態

(:)

体温	℃	脈拍	回/分	血圧	/	呼吸数	回/分
倦怠感	無 ・ 有	頭痛	無 ・ 有	めまい	無 ・ 有	口渇感	無 ・ 有
吐き気	無 ・ 有	嘔吐	無 ・ 有	こむら返り	無 ・ 有	失神	無 ・ 有
意識状態	開眼 ・ 刺激で開眼 ・ ウトウト ・ 閉眼			発汗の程度	多量 ・ やや多 ・ 少ない ・ 無		



既往・体調等

前日～当日の体調	良好 ・ 平常 ・ 不良	睡眠	時間	朝食	無 ・ 有
過去の熱中症	無 ・ 有 (いつ :)	病歴の有無	無 ・ 有 ()		
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()	服薬の有無	無 ・ 有 ()		
最終飲食時間	食事【 : 頃 】、 飲水【 : 頃 】				

十分な水分と塩分補給があったか？