

* 【病気】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 :
症状の詳細			
発症時の状況			
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
意識レベル		SpO2		瞳孔		結膜	
痙攣	無 ・ 有	出血	無 ・ 有	嘔吐	無 ・ 有		
ショック症状	無 ・ 有 (顔面蒼白 ・ 冷や汗 ・ 虚脱 ・ 脈拍低下 ・ 呼吸困難)						



医療機関

(TEL 時刻 … : 頃、養護 ・ 管理職 ・ 担任 より

TEL)

病歴の有無	無 ・ 有 ()	アレルギーの有無	無 ・ 有 ()
服薬の有無	無 ・ 有 ()	かかりつけ医	無 ・ 有 ()
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 ()