

# \* 【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 ( )