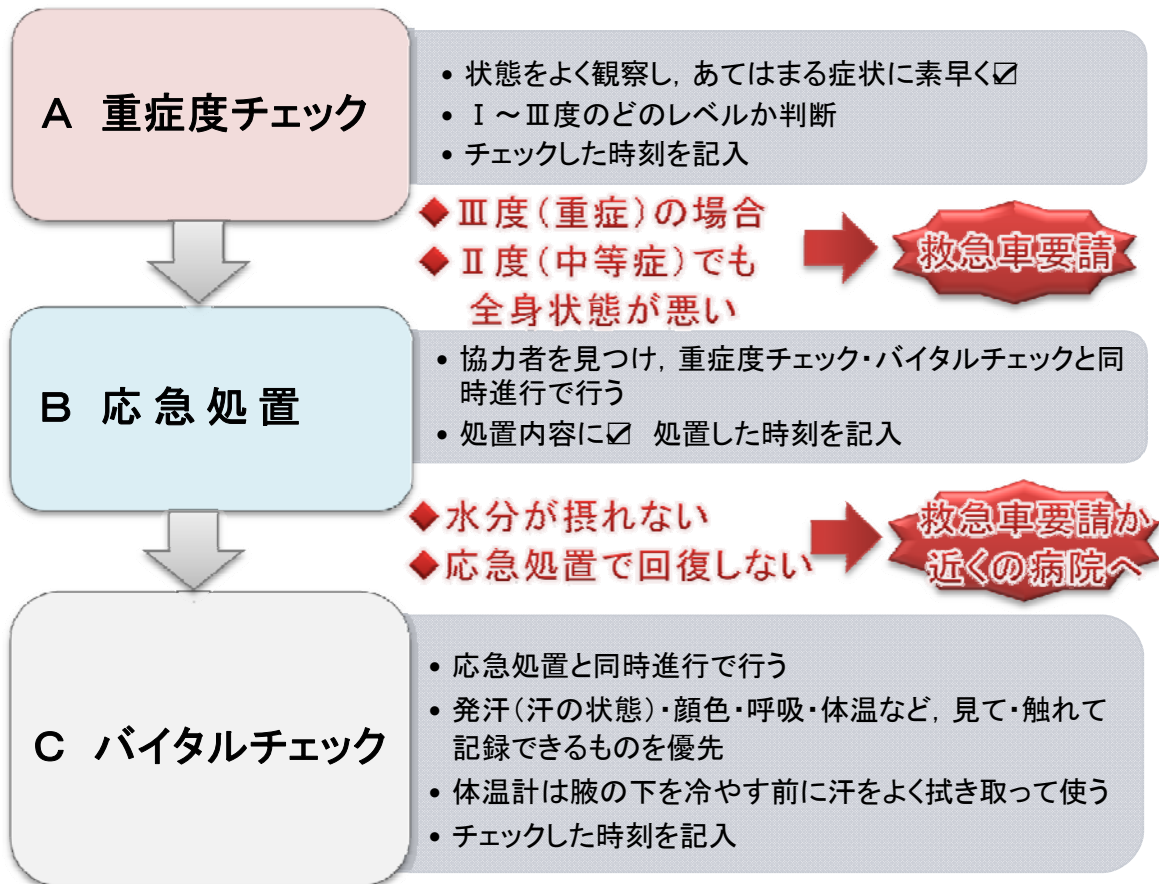


熱中症チェックシート

年/月/日(曜)	学年/組	名 前	年 齢	性 別	記録者名	
/ / ()				男・女		
A 重症度チェック *当てはまる症状に☑			時 分	時 分	時 分	備考・メモ
Ⅲ度 重症 ↓ 1つでも症状があれば 救急車要請 ↓ 救急車到着まで B 応急処置へ	意識障害	意識がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※その他の症状や程度など余白に記入
		意識もうろう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		意味のない発語, 発声	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		簡単な質問に答えられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	運動障害	全身のけいれん, ひきつけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
立ち上がれない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		足がもつれる, まっすぐ歩けない, 転倒する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
異常な行動, 不自然な言動			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ⅱ度 中等症 ↓ 水分が摂れない, または 応急処置で回復しなければ 救急車か病院	自力で水分が摂れない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	全身倦怠感 (だるい, しんどい, ぐったり)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	虚脱感・脱力感 (体に力が入らない感じ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	頭痛		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	吐き気, 嘔吐		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ⅰ度 軽症 ↓ 応急処置で回復しなければ 家庭連絡 受診を勧める	めまい, 立ちくらみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	足がつる, 手足がしびれる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	筋肉のけいれん(お腹がキリキリ痛む等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	不快感(気持ち悪い, ポーっとする, 不機嫌)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B 応 急 処 置 *処置した内容に☑			時 分	時 分	時 分	備考・メモ
処 置 内 容	1.日陰やクーラーの効いている室内に移動		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※その他の処置 4. 片方の腋の下は, 冷やす前に体温を測る。 6. 意識障害がある場合は, 誤嚥の可能性があるので無理に飲ませない。
	2.休養 (顔色が悪ければ足を高くする)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.可能な範囲で衣服を脱がせる, ゆるめる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4.氷のうで動脈の上を冷やす (首の両わき, 腋の下, 両足のつけ根)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5.出ている皮膚に水をかけたり, 濡れタオルを掛けて扇風機やうちわなどであおぐ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6.水分補給 (冷たいスポーツドリンク, 0.2%食塩水, 経口補水液)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C バイタルチェック *当てはまる番号を記入			時 分	時 分	時 分	備考・メモ
発 汗	0.なし 1.少し(あった) 2.多い(多かった) 3.止まらない					
顔 色	0.正常 1.紅潮 2.蒼白 3.チアノーゼ(唇が青紫)					
呼 吸	0.正常 1.速い 2.遅い 3.不規則					
体 温	0.正常	1.体に触ると熱い 2.高体温 (℃)	℃	℃	℃	※計測値も記入ただし, 緊急時や計測できないときは省略可
脈 拍	0.正常	1.速い 2.遅い 3.不規則 (/分)	/分	/分	/分	
血 圧	最高 / 最低 (mmHg)		/	/	/	
その他の要因	寝不足・疲労・肥満傾向・不規則な生活・栄養不足・水分, 塩分補給不足・月経中・()					
発生場所	発生時の活動内容		発生時の状況			
屋内・屋外	学 習 ・ 運 動 ・ そ の 他		天 気	温 度	湿 度	WBGT
	具体的に:			℃	%	℃
その他参考となる事項						

チェックシートの使い方

— 熱中症を疑った時のABC —



□観察時刻

チェックした時刻、応急処置した時刻を記入。症状に変化があれば、その時刻を記入。

□その他の要因

聞き取れる範囲、わかる範囲で、選択。

□発生時の状況

聞き取れる範囲、わかる範囲で、発生時刻、活動内容、場所の状況、温度や湿度等を記入。

□その他参考となる事項

記録として残したいこと、その後の経過等を記入。

◆受診が必要な時

チェックシートは、医療機関に搬送する場合、情報として提供することができます。

学校医	(Tel)
近くの医療機関	(Tel)
休日・時間外診療案内	(Tel)

- 注意… このチェックシートは、熱中症様症状が見られたときの重症度・緊急度の判断や対応、応急処置、記録等を行うためのものです。熱中症の症状や進み方は個々によって異なります。医師の診断とは異なる場合もありますのでご注意ください。

熱中症チェックシート (2014年7月改訂)

《作成》 弘前大学教育学部附属学校園養護教諭部会 《協力》 弘前大学教育学部教育保健講座