

熱中症チェックシート

年/月/日(曜)	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					※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	
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 (°C)		°C	°C	°C		
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			天気	温度	湿度	WBGT	
	具体的に:			°C	%	°C	
その他参考となる事項							

（公財）日本スポーツ協会刊「スポーツ活動中の熱中症予防ガイドブック」より

参考資料：「熱中症チェックシート」弘前大学教育学部附属学校園養護教諭部会 より改変