

熱中症 問診票

(年1回必ず更新して下さい。)

名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳 血液型 _____ 型

身長 _____ m _____ cm 体重 _____ kg

緊急連絡先: _____ 選手との続柄 _____

①

- ・今までに大きな病気をしたことがありますか？(ある ・ ない)
- ・あるとご記入頂いた方にお聞きします。下記の病気に該当するものがあれば○をご記入下さい。
(心臓病・腎臓病・気管支喘息・その他: _____)
- ・現在服用中の薬があればご記入下さい。(_____)

②

不具合になるまでの状況

- ・食事や飲水の摂取や適当な塩分の摂取をしていたか？ (はい ・ いいえ)
- ・活動場所:屋外 (グラウンド)
- ・WBGT (_____)
- ・何時間その環境にいましたか？ (_____)時間
- ・どのような活動の時に具合が悪くなりましたか？
(ウォーミングアップ ・ ランパス ・ タックル練習 ・ 実践練習中)
- ・その時の服装はどうでしたか？
- 帽子をどうですか？ (被っていた ・ 被っていない)
- 通気性の良い服装でしたか？ (はい ・ いいえ)

③

不具合になった時の状況

- ・頭痛 (あり ・ なし)
- ・めまい、吐き気、嘔吐 (あり ・ なし)
- ・のどの渇き (あり ・ なし)
- ・倦怠感 (あり ・ なし)
- ・四肢や腹筋のこむら返り(痛み) (あり ・ なし)
- ・具合が悪くなった時の体温 (_____)°C
- ・呼吸の数 (不規則 ・ 速い ・ 遅い)
- ・意識状態 (目を開けている ・ ウウトしがち ・ 刺激で開眼 ・ 開眼しない)
- ・発汗の程度 (極めて多い ・ 多い ・ 少ない ・ なし)
- ・行動異常 (ろれつが回っていないとか意味不明の発語の有無) (あり ・ なし)
- ・現場での緊急措置の有無 (あり ・ なし)

ありの場合どのような措置をされましたか？

方法(_____)