

本ツールは簡易マニュアルです。脳しんとうの疑いを識別するのを助け、本情報を親/保護者に連絡するために記入されます。

**脳しんとうの疑いの識別-3 段階プロセス**

頭、顔又は首に衝撃を受ける、又は頭に振動が伝わるような衝撃を身体に受けたあと、以下のチャートに説明される兆候や症状のうちどれか1つ又はそれ以上が存在する又は「迅速な記憶機能アセスメント」に正しく回答できないものがどれか1つ又はそれ以上存在する場合、脳しんとうを疑う必要があります。

**1. 該当欄にチェック印を付けてください**

\_\_\_\_\_ (生徒/競技者の氏名) が関与する事故が、\_\_\_\_\_ (日にち) に発生しました。

脳しんとうの兆候及び症状のために、彼/彼女は観察を受けました。

- 生徒/競技者のアセスメント時に、以下に記載されている兆候又は症状は何も認められませんでした。

**注釈:** 脳しんとうの兆候及び症状は、何時間又は何日間もあとに現れる可能性がありますので、生徒/競技者を継続して観察することが重要です。裏面の (# 3b を参照してください)。

- 以下の兆候が観察された又は症状が報告されました。

**脳しんとうが疑われる兆候及び症状**

**\*観察された兆候又は症状が悪化した場合は911に電話してください。**

観察された危険な兆候 <small>兆候とは、他人 (例えば親/保護者、教師、コーチ、スーパーバイザー、クラスメート) が観察するものです。</small>	報告された危険な症状 <small>症状とは、生徒/競技者が感じる/報告するものです。</small>
<p><b>身体的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 意識喪失 *</li> <li><input type="checkbox"/> 反応性の欠如 (緊急治療室のアクションプランに従う) *</li> <li><input type="checkbox"/> 嘔吐</li> <li><input type="checkbox"/> ろれつが回らない*</li> <li><input type="checkbox"/> 反応時間の低下</li> <li><input type="checkbox"/> 協調又はバランスの低下*</li> <li><input type="checkbox"/> ぼんやりと凝視/据わった目つき/呆然又はうつろな視線</li> <li><input type="checkbox"/> 運動能力の減退</li> <li><input type="checkbox"/> 地面で身動きせず横たわっている*又は起き上がるのが遅い</li> <li><input type="checkbox"/> 記憶喪失*</li> <li><input type="checkbox"/> てんかん又は痙攣*</li> </ul> <p><b>認知的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 頭を掴む又は抱える</li> <li><input type="checkbox"/> 集中力低下</li> <li><input type="checkbox"/> 注意散漫</li> <li><input type="checkbox"/> 一般的な混乱</li> <li><input type="checkbox"/> 怪我前後に起こったことの記憶がない (迅速な記憶機能評価を参照してください)</li> <li><input type="checkbox"/> 彼/彼女が参加している活動の時間、日にち、場所、クラス、種類が分からない</li> <li><input type="checkbox"/> 反応時間の低下 (例えば質問に答える、指示に従う)</li> </ul> <p><b>感情的/行動的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 奇妙な又は不適切な感情 (例えばすぐに笑う、泣く、怒る)</li> </ul> <p>その他 _____</p>	<p><b>身体的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 頭痛</li> <li><input type="checkbox"/> 頭部の圧迫感</li> <li><input type="checkbox"/> 頸痛</li> <li><input type="checkbox"/> 気分が優れない/しっくりしない</li> <li><input type="checkbox"/> 耳鳴り</li> <li><input type="checkbox"/> 物が二重又はぼやけて見える/失明</li> <li><input type="checkbox"/> 星や点滅灯が見える</li> <li><input type="checkbox"/> 身体の損傷部位の痛み</li> <li><input type="checkbox"/> 吐き気/腹痛/痛み</li> <li><input type="checkbox"/> 平衡障害又は目眩</li> <li><input type="checkbox"/> 倦怠感又は疲労感</li> <li><input type="checkbox"/> 光又は音への過敏症</li> </ul> <p><b>認知的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 集中力又は記憶力の低下</li> <li><input type="checkbox"/> 効率が悪い、倦怠感又は低エネルギー</li> <li><input type="checkbox"/> 放心状態又は途方に暮れる</li> </ul> <p><b>感情的/行動的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 怒りっぽい、悲しい、普段よりも感情的</li> <li><input type="checkbox"/> 神経質、不安、憂うつ</li> </ul> <p>その他 _____</p>

裏面に続く

## 2. 迅速な記憶機能アセスメントを行う

生徒/競技者に以下の質問を行い、回答を以下に記録してください。当該質問のうちいずれか1つでも正しく回答できない場合は脳しんとうを示唆している可能性があります。

今あなたは何の部屋にいますか？ 回答： \_\_\_\_\_

今あなたは何の活動/スポーツ/ゲームをしていますか？ 回答： \_\_\_\_\_

今日あなたはどのフィールドで競技していますか？ 回答： \_\_\_\_\_

今は一日のいつですか？ 回答： \_\_\_\_\_

あなたの先生/コーチの名前は何ですか？ 回答： \_\_\_\_\_

あなたはどの学校に通っていますか？ 回答： \_\_\_\_\_

## 3. とるべき処置

### a) 兆候が観察された又は症状が報告された場合：

観察された兆候又は報告された症状が何かある場合、又は生徒/競技者が上記の質問のうちいずれか1つでも正しく回答できない場合：

- 脳しんとうが疑われるべきです。
- 生徒/競技者を直ちに競技から外し、生徒/競技者が彼/彼女が良くなっていると述べてもその日は競技に戻ることは許可してはいけません。
- 生徒/競技者は、親/保護者（又は緊急連絡先）の監視なく施設を去ってはいけません。

脳しんとうが疑われるいずれの場合も、生徒/競技者は診断のために医師又はナース・プラクティショナーの診察を受け、委員会の脳しんとうのプロトコルに従わなければなりません。

### b) 兆候が観察されず症状も報告されない場合：

兆候及び症状が負傷後すぐに現れることもあれば、表面化するのに数時間あるいは数日掛かる可能性もあるため、生徒/競技者は事故後24時間のあいだ観察を受ける必要があります。生徒/競技者の観察は、家では両親が、学校では学校職員が行います。

兆候及び症状の観察のためには、両親/保護者は本情報フォームの表に載っているチャートを使用することができます。

兆候又は症状が何か現れる場合生徒/競技者は、その日に一刻も早く医師又はナース・プラクティショナーの診察を受ける必要があります。

学校担当者： \_\_\_\_\_

日にち： \_\_\_\_\_

生徒/競技者氏名： \_\_\_\_\_

本「脳しんとうの疑いを識別するためのツール」（フォームC-2）の使用後、本ツールが完了し、親/保護者が、必要な「観察/診察フォームに関する文書」（フォームC-3）を受領した旨を示唆するOSBIE事故報告フォームの記入が必要です。