

本フォームは、「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）と併せて親/保護者に提供されています。学校に受け入れられるには、親/保護者の署名が必要です。

_____（生徒/競技者の氏名）は、_____（日にち）に頭、顔又は首に衝撃を受け、あるいは頭に振動が伝わるような衝撃を身体に受けました。又その結果として脳しんとうを起こした可能性があります。

「脳しんとうの疑いを識別するためのツール」を使用した初期アセスメントの結果：

- 事故当時に徴候や症状が何も見られなかった。

しかしながら、兆候や症状は事故後 24 時間以内に起こる可能性があります。あなたの子供/被保護者は、24 時間のあいだは身体的活動に参加してはいけません。親/保護者は、家にいるあいだは子供/非保護者を「脳しんとうの疑いを識別するためのツール」（フォーム C2）を使用して観察する必要があります。生徒/競技者が学校にいるあいだは、学校職員が観察することになります。

処置：観察期間中に兆候/症状が何も見られない場合は、子供/非保護者が学校に戻る前に親/保護者は以下の「観察結果」欄に記入してください。

観察結果

- 親/保護者として子供/非保護者を 24 時間観察しましたが、兆候/症状は何も観察されませんでした。

親/保護者署名： _____ 日にち： _____

コメント： _____

- 観察された兆候又は症状： _____ 事故当時
_____ 24 時間の観察期間中

事故当時/24 時間の観察期間中に見られる兆候又は症状に関しては、教師/コーチ/スーパーバイザーより提供された「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）を参照してください。

処置：あなたの子供/被保護者は、診察後に校長に返却された診察の結果フォーム（下記）と共に、早急に医師又はナース・プラクティショナーの診察を受けなければなりません。

診察の結果

- 私の子供/被保護者は診察を受け、脳しんとうではないと診断されましたので、学習及び身体的活動に制限なく完全な参加を再開することができます。

- 私の子供/被保護者は診察を受け、脳しんとうであると診断されましたので、医師の管理下で個別的及び徐々に「学習への復帰/身体的活動への復帰プラン」（フォーム C-4）を開始しなければなりません。

親/保護者署名： _____ 日にち： _____

コメント： _____