

頭部外傷後の意識障害についての所見

患者 _____ 様 年 月 日生

1. 意識障害の有無、その推移についてご記入ください。

(1) 意識障害の有無・推移

初診時の意識障害なし

⇒ 来院前の意識障害 なし 不明

あり (救急隊から確認 問診にて確認)

※確認した内容を下欄にご記入ください。

※救急搬送時の記録(救急活動記録票)がありましたら、併せて添付してください (なし あり)

初診時の意識障害あり (JCS : _____ GCS : E____+V____+M____=_____)

経過中に意識障害が出現 (JCS : _____ GCS : E____+V____+M____=_____)

○ 意識レベルの推移について、JCS または GCS にて確認された内容をご記入ください。

経過		JCS	GCS			
日付	時刻		E	V	M	計

(2) 上記の期間で意識障害が認められた場合

治療期間中、意識清明になった。

意識清明になった時期：(およその場合は(約)に○を付けてください。)

(約) _____ 時間後、(約) _____ 日後、(約) _____ ヶ月後

(_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃)

退院時(転院時)、意識清明にならなかった。

(3) 入院時“昏睡”の場合 (JCS : 30 以上、GCS : 計 ≤ 8)

簡単な命令に応じるようになった。

応じるようになった時期：(およその場合は(約)に○を付けてください。)

(約) _____ 時間後、(約) _____ 日後、(約) _____ ヶ月後

(_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃)

退院時(転院時)、命令に応じなかった。

2. 外傷後健忘 (PTA) (本人が覚えていない期間) の長さについてご記入ください。

なし

あり：(約) _____ 時間、(約) _____ 日、(約) _____ ヶ月 (およその場合は(約)に○を付けてください。)

不明

3. 貴院終診時(退院時)における退院時サマリー、および他の医療機関への診療情報提供書の作成がありましたら、ご提供をお願いします。

退院時サマリー なし ・ あり (コピーのご提供をお願いします)

診療情報提供書 なし ・ あり (コピーのご提供をお願いします)

4. 意識障害の評価にあたり、頭部外傷以外の影響*が考えられる場合がありましたら、ご教示ください。

※呼吸不全、低酸素血症、出血性ショック等の循環器系・呼吸器系の障害、薬剤性・中毒性の意識障害、認知症、失語症等の精神疾患によるもの 等

5. その他、意識障害の所見について、特記すべきことがありましたらご教示ください。

年 月 日 医療機関の住所

医療機関の名称・科目

医師氏名

署名もしくは記名押印をお願いします。