頭部外傷後の意識障害についての所見

患者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　　年　　月　　日生

※記入例をご参照ください。
※初診時の診療録、退院時のサマリーのコピーを加えて添付いただけると幸いです。

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載下さい。

☐ 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 時間・日	JCS	GCS			
		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

（　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日頃）

☐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：M≦5）

☐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

（　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日頃）

☐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．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　　印