

頭部外傷後の意識障害についての所見 (記入例をご参照ください。)

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
 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				計
		E	V	M		

(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) _____ ケ月後
 (_____ 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) _____ ケ月後
 (_____ 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) _____ ケ月 (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