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			
		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