

遷延性意識障害 (遷延性植物状態) 臨床個人票

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地 \_\_\_\_\_ 担当医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

患者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大昭平 年 月 日	世帯主名	
患者の職業		患者の住所	長野県 _____ 郡 _____ 市 _____ 区 _____ 町 _____ 村 _____ 番地 _____				
初診年月日	年 月 日	原因疾患の発病年月日	年 月 日ごろ、 <input type="checkbox"/> 不明		本症と診断された年月日	年 月 日	
現在の受療状況	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院外 ( <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 )			身体障害者手帳の交付の有無及び等級	<input type="checkbox"/> あり ( _____ 級) <input type="checkbox"/> なし	
医療保険の別	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 国保 ( _____ 割給付) <input type="checkbox"/> 日雇健保 <input type="checkbox"/> 船員保険			公的な医療扶助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保	
	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
I 原因疾患							
1 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 (1) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災事故 <input type="checkbox"/> その他の災害事故 ( _____ )							
(2) <input type="checkbox"/> 脳挫傷 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 頭蓋内脳外血腫 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
(3) 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
2 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (1) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 ( <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) )							
(2) 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
3 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 (1) <input type="checkbox"/> グリオーム <input type="checkbox"/> 髄膜種 <input type="checkbox"/> 松果体腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭蓋咽頭腫 <input type="checkbox"/> 聴神経腫瘍							
<input type="checkbox"/> 下垂体腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
(2) <input type="checkbox"/> 大脳半球 <input type="checkbox"/> 大脳基底核視床 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳							
(3) 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
(4) 放射線療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
(5) その他 ( _____ )							
4 <input type="checkbox"/> 脳低酸素症 (1) <input type="checkbox"/> 心停止 [原因 ( _____ ) 時間 ( _____ )]							
(2) <input type="checkbox"/> 窒息 [原因 ( _____ ) 時間 ( _____ )]							
(3) <input type="checkbox"/> ショック [原因 ( _____ )]							
5 <input type="checkbox"/> 頭蓋内炎症 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
6 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 一酸化炭素 <input type="checkbox"/> 農薬及びその他の薬剤 (薬剤名 _____ ) <input type="checkbox"/> その他 (病名 _____ )							
7 その他の神経疾患 <input type="checkbox"/> 変性疾患 (病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 代謝性疾患 (病名 _____ )							
<input type="checkbox"/> 膠原病 (病名 _____ ) <input type="checkbox"/> その他 (病名 _____ )							
8 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
II 植物症に至るまでの経過 _____							
III 現 症							
1 意識障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
睡眠覚醒のリズム <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
2 開眼・閉眼 <input type="checkbox"/> 開閉眼によって意思の疎通ができる							
<input type="checkbox"/> 意思の疎通は困難だが命令に応じてできる							
<input type="checkbox"/> 自発的に行う							
<input type="checkbox"/> 痛み・刺激に反応して行う							
<input type="checkbox"/> 閉眼のままである							
3 眼球運動 <input type="checkbox"/> 命令に応じて物を追う							
<input type="checkbox"/> 自然に物を追う							
<input type="checkbox"/> 物を追うように眼を動かさない							
<input type="checkbox"/> 不明							
4 発 語 (1) 意味のある会話が ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )							
(2) 簡単な言葉を ( <input type="checkbox"/> 命令によって言うことができる <input type="checkbox"/> 自然に言う <input type="checkbox"/> まったく言わない )							
(3) 母音 (アウエー) や叫び声を ( <input type="checkbox"/> 命令によって <input type="checkbox"/> 発音できる <input type="checkbox"/> 自然に発音する <input type="checkbox"/> 発音しない )							
5 運 動 <input type="checkbox"/> 目的をもった随意運動ができる (部位 _____ 内容 _____ )							
<input type="checkbox"/> 命令に応じて身体の一部を動かせる (部位 _____ 内容 _____ )							
<input type="checkbox"/> 命令に応じた運動は全くできない							
<input type="checkbox"/> 痛みに対する逃避反応はある (部位 _____ )							
<input type="checkbox"/> 自然にも刺激に対しても全く動かない							
6 摂 食 <input type="checkbox"/> 四肢麻ひ <input type="checkbox"/> 完全麻ひ <input type="checkbox"/> 不完全麻ひ							
<input type="checkbox"/> 麻ひはない <input type="checkbox"/> 不明							
7 尿 失 禁 <input type="checkbox"/> 有 (カテーテル使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無							
便 失 禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
8 気管切開 <input type="checkbox"/> 有 (人工呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無							
IV 合併症 <input type="checkbox"/> 呼吸器感染症 ( <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> 以前にあり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 尿路感染症 ( <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> 以前にあり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 褥瘡 ( <input type="checkbox"/> 常時あり (部位 _____ ) <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> 以前にあり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
V 治 療 <input type="checkbox"/> 薬物療法 (主な薬剤 _____ , _____ 年 _____ か月)							
<input type="checkbox"/> 理学療法 (内 容 _____ , _____ 年 _____ か月)							
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )							
(備 考)							